FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 N° 619

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**BOUR** (Pierre, Joseph, Charles, Frédéric)

*Né à Ancenis (Loire-Inferieure), le 6 Mars 1917*

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1948

---

# DE LA GUÉRISON DIRIGÉE D'UN SYNDROME CONFUSO-ONIRIQUE CHEZ UN ADOLESCENT

---

*Président :* M. Jean DELAY, *Professeur*

---

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 N°.....

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**BOUR** (Pierre, Joseph, Charles, Frédéric)

*Né à Ancenis (Loire-Inferieure), le 6 Mars 1917*

Présentée et soutenue publiquement le 30 Juin 1948

---

# DE LA GUÉRISON DIRIGÉE D'UN SYNDROME CONFUSO-ONIRIQUE CHEZ UN ADOLESCENT

---

*Président :* M. Jean DELAY, *Professeur*

---

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1948

## DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, ROUSSY, BAUDOUIN

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BEZANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LENORMANT, MARION, MULON, OMBRÉDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE, SANNIÉ, SÉBILEAU, SÉZARY, TANON.

DOYEN ..... Léon BINET.
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR ..... Jean VERNE.

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | OLIVIER. |
| Anatomie pathologique | LEROUX. |
| Assistance Médico-Sociale | N... |
| Bactériologie | GASTINEL. |
| Biologie médicale | VERNE. |
| Chimie médicale | POLONOVSKI |
| Clinique cardiologique | DONZELOT. |
| Cliniques chirurgicales | BROCQ.<br>CADENAT.<br>MONDOR.<br>QUENU. |
| Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie | LEVEUF. |
| Clinique chirurgicale orthopédique | MATHIEU. |
| Clinique gynécologique | MOCQUOT. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GOUGEROT. |
| Clinique des maladies des enfants | Robert DEBRÉ. |
| Clinique des maladies infectieuses | MOLLARET. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | DELAY. |
| Clinique des maladies du système nerveux | ALAJOUANINE. |
| Cliniques médicales | BENARD (H.).<br>LAROCHE (Guy).<br>HARVIER.<br>LIAN. |
| Clinique médicale propédeutique | PASTEUR-VALLERY-RADOT. |
| Clinique de neuro-chirurgie | N... |
| Cliniques obstétricales | LANTUEJOUL.<br>LEVY-SOLAL.<br>PORTES. |
| Clinique ophtalmologique | VELTER. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | LEMAITRE. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | SENEQUE. |
| Clinique thérapeutique médicale | CHABROL. |
| Clinique de la Tuberculose | BERNARD (Et.). |
| Clinique urologique | FEY |
| Embryologie | GIROUD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. | N... |
| Histologie | CHAMPY. |

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PROFESSEURS (*suite*)

| | MM. |
|---|---|
| Hydrologie thérapeutique et climatologie. | JUSTIN BESANÇON. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | CATHALA. |
| Hygiène et médecine préventive | JOANNON. |
| Médecine du Travail | DUVOIR. |
| Médecine légale | PIEDELIEVRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT (E.). |
| Pathologie chirurgicale | PETIT-DUTAILLIS. |
| Pathologie exotique | LAVIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | LEMAIRE. |
| Pathologie médicale | MOREAU. |
| Pathologie et thérapeutique générales | DE GENNES. |
| Pharmacologie et matière médicale | HAZARD. |
| Physiologie | LÉON BINET. |
| Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*) | RICHET (Ch.). |
| Puériculture | LELONG. |
| Radiologie médicale | DESGREZ (H.). |
| Stomatologie | DECHAUME. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Technique chirurgicale | MOULONGUET. |
| Thérapeutique | N... |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DESOILLE (Médecine légale), DOGNON (Physique médicale), GAILLARD (Parasitologie), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE (M.) (Chimie médicale), Mlle J. LÉVY (Pharmacologie), OLIVIER (Anatomie).

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | CORDIER. DELMAS. N... ff. DEBEYRE. |
| Anatomie pathologique | DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS |
| Bactériologie | BONNET. FASQUELLE. |
| Biochimie médicale | ETTORI. SCHAPIRA. |
| Dermato-Syphiligraphie | DEGOS. |
| Histologie | BULLIARD. COUJARD. DESCLAUX. |
| Hydrologie | DEBRAY. |
| Hygiène | BOYER. DEPARIS. |
| Neurologie | DE SÈZE. |
| Obstétrique | DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT. |
| Ophtalmologie | OFFRET. |
| Oto-rhino-laryngologie | AUBIN. |
| Parasitologie | BRUMPT, L. C. |
| Pathologie chirurgicale | FEVRE. HUGIER. LÉGER. MERLE D'AUBIGNÉ. PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD. |
| Pathologie expérimentale | MERKLEN. |
| Pathologie médicale | BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilbert) FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE. |
| Pédiatrie | LAPLANE. MARIE (Julien). |
| Pharmacologie | CHEYMOL. |
| Physiologie | BARGETON. PARROT. |
| Physique médicale | DJOURNO. |
| Psychiatrie | BARUK. |
| Thérapeutique Agr. ch. d'ens. | BROUET. |
| Urologie | COUVELAINE (R.). |

## III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (Obstétrique), HUGUENIN (Anatomie pathologique), LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

## IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT.

| | MM. |
|---|---|
| Clinique chirurgicale | AMELINE.<br>BASSET.<br>DE GAUDART D'ALLAINES<br>FUNCK-BRENTANO.<br>GATELLIER.<br>MENEGAUX. |
| Clinique médicale | BARIETY.<br>BOULIN.<br>CHEVALLIER.<br>COSTE.<br>HAGUENAU.<br>MOUQUIN.<br>TURPIN. |
| Clinique obstétricale | ECALLE.<br>LACOMME. |
| Clinique ophtalmologique | RENARD. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | HALPHEN. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | M. |
|---|---|
| Radiologie clinique | LEDOUX-LEBARD. |

---

| | MM. |
|---|---|
| Secrétaire de la Faculté | J. MOREL. |
| Secrétaire-adjoint | M. BRISSIAUD |

| | MM. |
|---|---|
| Bibliothécaire en Chef | Dr A. HAHN. |
| Bibliothécaires | MMlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES MALADES

A MON MAITRE

MONSIEUR JEAN DELAY

Professeur de Clinique des maladies mentales et de l'encéphale
à la Faculté de Médecine de Paris

*En remerciement de la grande obligeance qu'il eut d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

Le Docteur Maurice BRISSOT

*Médecin-Chef à l'Asile de Perray-Vaucluse*

*Dont la bienveillance pour a permis de suivre notre malade dans son service de psychiatrie infantile.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

MM.

ROBERT DEBRE

Professeur de clinique des Enfants malades

PASTEUR VALLERY-RADOT

Professeur de clinique médicale propédeutique

PIERRE MOLLARET

Professeur de clinique des maladies infectieuses

GEORGES GUILLAIN

Professeur honoraire
à la clinique des maladies du système nerveux

M. DEPARIS

Professeur agrégé d'Hygiène

G. HEUYER

Médecin des Hôpitaux

# INTRODUCTION

Nous voudrions rapporter dans l'observation présente les fruits d'une enquête et d'une intervention psychologique au cours d'un syndrome mental dont à priori l'organicité semblait devoir être admise puisqu'il s'agissait d'un état confuso-onirique qui par certains côtés pouvait faire craindre chez un adolescent de dix-neuf ans une hébéphrénie débutante.

Sans nier la possibilité d'un facteur toxique endogène ayant joué un rôle dans l'apparition de la confusion mentale, nous attirons l'attention dans ce cas sur les causes psychologiques du déclanchement de cet éventuel facteur intermédiaire et sur sa réduction sous l'effet de la seule psychothérapie.

Par ailleurs nous nous sommes attachés à retracer le drame familial constitué par la maladie, la famille s'avérant ici à la fois le berceau de l'affection et la bénéficaire de son heureux dénouement.

Donc : Génèse et dissolution d'un syndrome Psychiatrique a la lumière des données Familiales et de la psychothérapie.

Tel est le titre que nous aurions donné volontiers à notre thèse si nous avions pu y rassembler la quinzaine d'observations réunies dans ce sens depuis trois ans.

Pour la clarté et l'intérêt de l'exposé nous avons préféré nous limiter à une seule observation et donner à son propos les conclusions auxquelles nous ont acheminé peu à peu les autres cas.

L'observation que nous avons choisie illustre et résume à la fois les quelques lignes directrices de psychothérapie que nous voudrions soumettre à nos juges.

En outre elle offre l'avantage de pouvoir étudier au sein d'une même famille, deux syndromes psychiâtriques qui gagnent à être rapprochés : la sœur du malade qui nous intéresse ayant présenté elle-même cinq ans avant la maladie de son frère une « bouffée délirante polymorphe », traitée par d'autres méthodes. Cela nous permettra dans notre discussion de situer notre cure psychique par rapport aux autres disciplines.

Qu'on nous excuse si à défaut d'un mérite statistique ou d'un effort de compilation ce modeste travail vise cependant à rassembler les causes et les remèdes de l'affreuse catastrophe que représente la désagrégation d'une personnalité.

Dans cet ordre de faits une recherche en profondeur est sans doute celle qui a le plus de chances de mettre en lumière l'unité du problème.

Elle permet assurément de placer selon une hiérarchie essentielle, le respect et l'amour de l'homme malade avant l'étude de sa maladie.

Le jeune Piere P. âgé de 17 ans, nous est conduit à l'hôpital le 22 novembre 1947 avec le certificat suivant :

« Etat d'allure schizophrénique d'apparition récente et brutale. Semi-mutisme, discordances, sourires immotivés. Gestes stéréotypés, barrages, réponses à côté, désorientation temporo-spatiale importante. Propos incohérents. Possibilité de phénomènes hallucinatoires auditifs. Modification du sentiment de la personnalité. Parle de lui, soit à la troisième personne, soit au passé : « J'avais dix-sept ans ». Pauvreté du fond mental. Flou extrême de la pensée. Indifférence affective se manifestant déjà depuis plusieurs mois. Tendance à la conservation des attitudes. Pas de signes neurologiques. Réactions sérologiques négatives. L'état de ce malade nécessite son internement dans un établissement spécial sous le régime de la loi de 1838 ».

Paris (18 nov. 47).

Au premier examen :

Nous nous trouvons en présence d'un garçon d'un type morphologique très particulier : de petite taille, trapu, musclé, son visage est ovalaire et symétrique, son crâne allongé d'avant en arrière (1), son front haut et étroit est nettement bosselé.

Il vient à nous à pas comptés, le dos voûté, la tête penchée en avant, semblant soucieux et hésitant.

Il nous tend comme à regret une main molle, moite, « filante ».

---

(1) Il réunit sans les confondre les types dilaté et rétracté de base suivant la dénomination de Corman.

Son facies donne une expression hagarde et obnubilée. Son regard est luisant et inquiet.

A chaque question qu'on lui pose il fait attendre sa réponse dix à vingt secondes et celle-ci vient laborieusement d'une voix sourde, brève, monotone.

Il se tient dans une attitude figée, les coudes collés au tronc. Mais rien de dissocié dans ses gestes, aucune catatonie ne relève la note schizophrénique évoquée dans le premier certificat.

En outre, les troubles actuels surviennent sur un fond de débilité mentale vraisemblable avec stigmates dégénératifs manifestes (dolichocéphalie, voûte palatine ogivale, implantation dentaire irrégulière, axyphoïdie).

D'ailleurs un second certificat établi à l'hôpital Sainte-Anne vient rectifier quelque peu le pessimisme de la première sentence diagnostique.

Nous le reproduisons :

« Est atteint de confusion mentale sur fond de débilité mentale. Orientation très incertaine. Troubles de la mémoire, en particulier, les faits récents. Bradypsychie. Troubles de l'attention. Réponses imprécises et peu cohérentes.

Mobilité de l'humeur : phases d'inertie et d'agitation. Désordre du comportement, vague érotisme. Isolement, grimaces. Notions scolaires peu développées.

Capacité sociale réduite. Puérilisme habituel.

Début récent des troubles actuels.

Possibilité d'évolution schizophrénique.

A maintenir ».

19 novembre 1947.

Le premier interrogatoire du malade donne peu de renseignements :

Il aurait présenté « des rêves » où il voyait tout le monde « tourner fou » ... « mon frére, ma sœur... ma famille surtout ». Toutefois le test Binet Simon est possible : il donne un âge mental de 9 ans 1/2.

L'enfant écrit correctement et d'une écriture régulière.

Il lit couramment, mais de façon inexpressive et lente.

Il fait preuve de quelques notions didactiques (d'histoire et de géographie). Il n'a pas son certificat d'étude.

Il est *désorienté* dans le temps (ignore la date du jour), et dans l'espace.

Sa mémoire est défaillante, surtout en ce qui concerne les faits *récents*.

L'examen somatique ne révèle rien de particulier :

— réflexes tendineux cutanés et pupillaires normaux ;

— pas d'infantilisme génital ;

— cœur sourd — pouls petit — tension artérielle : 11-7 ;

— cyanose des extrémités ;

— de légers signes sympathiques : (hypersudation palmaire et plantaire, dermographisme, — exagération du réflexe horripilateur) ;

— des traces d'acétonurie ;

— pas d'hyperthermie.

La *sérologie* est négative :

tant dans le sang (Bordet Wassermann — Kahn — Meinicke), que dans le L.C.R. (B. W. et Meinicke) ; réaction de Pandy + cytologie : 0, 8.

Le fond d'œil est normal.

Le métabolisme de Base = + 4, 8 %.

*L'interrogatoire de la mère*
est de peu de secours en ce qui concerne :

*l'histoire de la maladie :*

Depuis le 7 novembre 47, on nous signale que « son esprit s'égare » ; il tient des *propos bizarres*, il répète des phrases dans le genre de celles-ci : « est-ce que je suis normal ?... ai-je mon esprit ? ... faudrait s'comprendre », et présente des *attitudes insolites* : le 11 novembre rendant visite à l'une de ses sœurs mariées aussitôt après avoir franchi la porte, rompant avec son habituelle timidité, il demande un verre de vin, le boit puis frappant de son poing sur la table d'un ton inquiet il s'écrie : « Pourquoi est-ce que J. n'est pas là ? (le frère aîné) où est-il ? Je veux que nous soyons tous là ». Un autre soir sa mère lui refuse de l'accompagner au cinéma. Il en prend ombrage et menace : « J'irai me promener au bois de... jusqu'à une heure du matin et tu viendras me chercher ». En effet contrastant avec des moments d'exaltation inusitée la mère signale une *grande anxiété* qui le pousse à la suivre partout, au point que la dernière nuit elle ne peut pas lui refuser asile dans son lit (il partageait d'ordinaire le lit du père). « Cette nuit là il divaguait complètement, dit-elle, il me tenait par le cou et me disait toutes sortes de choses : « Mademoiselle, voulez-vous faire l'amour avec moi... pourquoi ne me laissez-vous pas dans mes rêves ? »

Le médecin de famille appelé fait un certificat d'urgence pour son admission à l'hôpital Henri-Rousselle, où il se laisse docilement conduire. En montant dans l'ambulance il crie à sa mère « Souviens-toi d'A. (sa sœur précédemment atteinte de maladie mentale).

Bref, apportant peu de précisions sur les manifestations

morbides elles-mêmes, l'interrogatoire de la mère a du moins l'énorme intérêt de nous éclairer sur :

1°) les antécédents personnels ;

2°) le contexte familial qui devait s'avérer, nous le verrons, de la plus haute importance.

1°) Les antécédents personnels :

L'enfant né normalement fut nourri artificiellement dès sa naissance.

Au cours des 7 premières années de sa vie passées à la campagne, il s'est montré d'un naturel très animé, plutôt joueur et remuant, avec un caractère franc et ouvert.

A 7 ans et demi, il rejoint les environs de Paris avec l'ensemble de sa famille. Son caractère change : s'assombrit, devient moins expansif.

Il ne suit ses classes que très irrégulièrement. Pendant les années de guerre toute alerte est un prétexte pour manquer. Sa mère favorise sa paresse (elle le regrette aujourd'hui). Il passe la majeure partie de son temps au cinéma sans aucun discernement quant aux programmes.

A l'âge de 16 ans il est mis dans une école d'apprentissage (ajustage) où il ne reste que quelques mois. Il se plaint à sa mère de l'atmosphère de chahut qui y règne (surtout le matin durant les cours : insultes des élèves qui montent sur les tables), il « ne veut pas qu'on l'embête ». Sa mère le retire. Il exprime alors le désir d'apprendre la menuiserie, mais la mère s'y oppose craignant « qu'il ne se blesse dans ce métier dangereux ».

Considéré aussi par ses frères et sœurs comme « le petit dernier », il vit tout à fait « sous les jupons de sa maman ».

Ces derniers temps, il ne peut pas sortir en promenade sans que celle-ci l'accompagne.

Depuis trois mois il ne sort plus avec ses frères ; il est moins affectueux, parfois taciturne et sombre ; souvent il se retire seul dans sa chambre pour lire des illustrés.

Ses habituelles polissonneries se changent en bizarreries et c'est alors que surviennent les désordres de la dernière semaine.

Il est difficile dans ce cas de mettre en parallèle les antécédents psychologiques et les :

Antécédents somatiques :

Ceux-ci en effet sont à peu près nuls et se bornent aux maladies de l'enfance :

— embarras gastrique fébrile à 8 mois ;
— rougeole à 3 ans ;
— angines à répétition ;
— stomatite aphteuse en mai 1947.

Les bombardements de la région parisienne en 1944 furent par lui relativement bien supportés.

Le contexte familial :

*La mère* : corpulente, de petite taille, au visage rond, sanguin, jovial, épanoui (2) ... « une bonne pondeuse » (pour respecter la propre expression de son époux) a eu 12 enfants sans fausse-couche. Débordée par les circonstances, par le nombre des grossesses, par les difficultés de la guerre (et celles que nous ne connaissons pas) elle laissa l'éducation des derniers aller un peu à vau-l'eau et tenta de se rattraper de son mieux sur son benjamin qu'elle

(2) Type dilaté de Corman.

gâta complètement. Elle-même est enfant de famille nombreuse ; l'un de ses frères marié s'est suicidé à 58 ans en se jetant dans une citerne (sa femme un an auparavant, l'avait empêché de se pendre).

*Le père,* retraité des vieux travailleurs, un « simple », comme le laisse supposer la citation précédente, a présenté un véritable fléchissement cérébral depuis cinq ans environ.

Un affaiblissement physique avait fait suite à une typhoïde contractée en 1915 à l'âge de 38 ans, après la naissance du 3e enfant. Au moment de la conception du fils qui nous intéresse, il se trouvait particulièrement déprimé par un surcroît de travail (18 heures d'affilée dans son métier de contremaître dans un atelier d'horlogerie de précision) il était alors âgé de 48 ans.

A cette époque, la mère âgée de 42 ans n'attendait plus d'enfant. Elle était très affectée par la mort d'une fille de 8 ans emportée par la diphtérie quelques mois auparavant et sa grossesse fut accueillie de façon plus maussade que les précédentes : « elle ne mangeait plus ».

*Parmi les 12 enfants :*

3 sont morts en bas âge :
le 3e à 3 ans (de diphtérie) ;
le 6e à 3 mois (de broncho-pneumonie) ;
le 7e à 8 ans (de diphtérie).

4 sont mariés et très bien portants — respectivement : 39, 38, 33, 32 ans.

Les autres sont bien portants : 30, 24, 20, 19 ans.

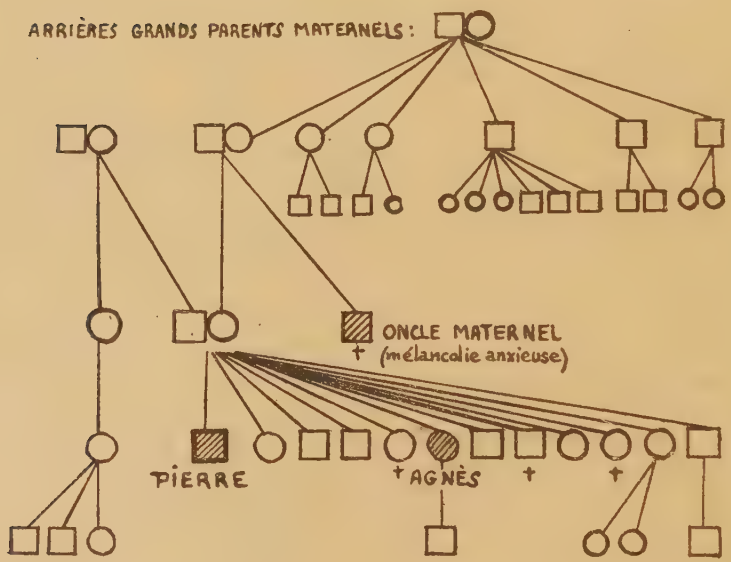
Le fils de 32 ans de tempérament émotif et instable.

La fille de 24 ans A. (dont nous aurons à parler longuement) a présenté à l'âge de 19 ans une *bouffée délirante*

polymorphe qui a cédé au bout de 8 mois à l'asile clinique de Sainte-Anne, à la suite de quelques séances d'électrochoc.

Il existe une opposition remarquable entre le tempérament des trois aînés robustes et équilibrés et celui des autres enfants d'autant moins résistant qu'ils ont été conçus plus tard.

TABLEAU GÉNÉALOGIQUE DE LA FAMILLE




□ = sujets masculins ○ = sujets féminins

Les hachures concernent les sujets présentant des troubles mentaux

seront d'abord exposés de façon empirique et dans l'ordre chronologique. Puis nous en dégagerons à chaque étape les lignes directrices.

Première séance : (22-11-47).

Le dessin du « bonhomme », ci-joint, exécuté spontanément,

nous oriente sur la vraisemblance de désordres sexuels.

P. nous avoue, après quelque résistance, des pratiques *d'onanisme* depuis l'âge de 7 ans (il s'y livrait régulièrement « en moyenne deux fois par jour ». C'est dans ce but qu'il se retirait seul dans sa chambre, où il s'enfermait à clef).

Son dernier rêve (un taureau furieux fonçant sur lui qui se sauve en montant sur un pommier) est un rappel érotique.

Nous parlant de son court passage à l'hôpital Sainte-Anne, il nous dit : « Les organes sont brisés... à Sainte-Anne, j'ai subi des opérations... Je crois avoir été transformé en femme par les chirurgiens... Je devais passer à l'électro-choc (3)... les autres étaient emmenés dans un autre bâtiment... C'est là qu'a eu lieu l'opération ».

(Les points de suspension voudraient marquer la lenteur et l'hésitation du débit).

— Maintenant, tu es une femme ou un homme ?

— « J'suis peut-être les deux ».

Nous lui annonçons qu'à notre tour nous allons bientôt réaliser une autre opération en sens inverse qui va remettre les choses en ordre. Il acquiesce et nous le renvoyons à son lit.

Deuxième séance : (28-11).

Au moment où nous venons le chercher au dortoir nous surprenons l'un de ses voisins (gros arriéré de 14 ans) assis sur son lit s'exhibant avec la chemise relevée tandis qu'un troisième (jeune indochinois sournois et pervers), encourage la scène de la voix et du geste. Nous commençons l'entretien dans la salle d'à-côté après avoir mis fin catégoriquement à l'exhibition.

(3) L'électro-choc n'a pas été pratiqué.

P. nous tend encore une main « de sucre mouillé ». Il y a du laisser aller dans cette poignée de main car, lorsque nous l'invitons à nous serrer la main « fort comme un homme », il réagit et nous la serre presque fermement. Cela nous incite à engager la conversation sur le terrain conscient... Conversation extrêmement laborieuse. Chacune de ses réponses, sortant d'une voix faible, semble devoir traverser une épaisse brume d'inhibitions :

— *Qui es-tu ?*

— *« Un français ».*

— *Et moi ?*

— *« Vous n'êtes pas tout à fait un Français ».*

— *Tu veux dire pas assez Français.*

— *« Oui ».*

— *Qu'est-ce que tu veux faire plus tard quand tu seras guéri ?*

— *« J'veux... être un soldat ».*

— *Pourquoi ?*

— *« Pour servir la France ».*

— *Et les soldats qu'est-ce qu'ils font ?*

— *« La guerre ».*

— *Alors, tel que te voilà, tu veux faire la guerre quand même ?*

— *« Faudrait gagner, réussir ».*

— *Si tu veux réussir commence par t'habiller. Enfile cette capote qui se trouve accrochée là* (il obéit). *Maintenant te voilà avec ta capote de soldat, mais l'habit ne fait pas le moine. Un soldat ne se tient pas comme cela.* (Nous le faisons mettre au garde-à-vous réglementaire et le fixons dans les yeux en lui demandant très sérieusement de ne plus se conduire en bébé mais en homme. Il fuit d'abord notre regard puis le considère et acquiesce. Nous lui commandons le repos : il se relâche). Avant de lui ôter sa ca-

pote nous lui demandons incidemment à qui il ressemble en soldat.

— *« A de Gaulle ».*

— *Et de Gaulle qu'est-ce qu'il fait ?*

— *Il parle, il mange ».*

— *Ce serait plutôt cela dont tu serais capable à ce qu'il me semble.*

— *« Je veux manger et avoir chaud ».*

Cessant toute mise en scène nous lui demandons s'il veut vraiment devenir un homme. Comme il agrée nous lui conseillons de ne plus jouer pour le moment avec ses petits voisins de lit (tous, enfants de moins de 14 ans arrivés par le même convoi) et de ne considérer désormais que des adultes (en particulier un vigoureux garçon de 21 ans faisant les travaux du ménage... ses frères et les infirmières).

Il se retire dans sa chambre sans nous dire au revoir.

Nous le voyons ensuite traverser le couloir et revenir quelque peu hésitant comme s'il se dirigeait vers les lavabos.

Nous lui faisons signe et lui demandons doucement s'il n'a pas encore quelque chose à nous dire. Après une longue attente il ajoute :

« Je crois qu'il ne faut pas que je regarde des femmes ».

— Pour l'instant tu as raison.

Il retourne satisfait à son lit (sans aller jusqu'aux lavabos).

La troisième séance (6-12).

débute sous le signe du désordre et de l'échec :

Nous apprenons par les infirmières que le malade est resté calme durant 18 heures environ (répondant poliment, faisant son lit lui-même) mais qu'il s'est agité ensuite -

spécialement à la suite de la visite de sa mère — au point qu'on a dû le maintenir : Il avait, nous signale-t-on, déchiré sa chemise, s'était promené tout nu d'une chambre à l'autre, au mépris des remontrances, avait fait des acrobaties au dépend des tuyauteries et son voisin de chambre, le jeune indochinois, avait profité de ces troubles pour l'exciter à nouveau et l'inviter à se masturber devant les autres enfants.

Il se présente à nous, le regard égaré, courbant la nuque et n'osant tendre la main.

Nous lui disons :

« *Tu as dû faire des blagues depuis la dernière fois* ». Il ne répond rien. Nous insistons :

— *Ne fais pas l'air sourd et muet.*

— « *Non, non, je ne suis pas sourd... et pas muet* ».

— *Tu as fait l'imbécile une fois de plus ?*

— « *Oui* ».

— *C'est l'autre qui t'as entraîné ?*

— « *Oui* ».

— *Viens avec moi.*

Nous l'emmenons alors dans le dortoir des enfants pour l'inviter au spectacle d'une explication exemplaire avec cet « autre ».

Cette explication qui nécessita publiquement une juste sanction quelque peu dramatique eut sur notre malade (1) une répercussion imprévisible et inespérée.

Le *choc émotionnel* qui en résulta produisit une véritable brèche dans la trame de son état confus... brèche qu'il s'agissait de mettre à profit sans délai. Nous l'entraînons dans la pièce voisine et le voyant rire de bon cœur nous nous écrions :

---

(1) Simplement témoin de la scène.

— *Cette fois, ça y est, tu vois l'opération que je te promettais... eh bien ! elle est faite.*

— « *Oui* » (son visage s'éclaire).

— *Finis les jeux de bébé... ta maladie tu veux que je te la dise ?*

— « *Oui* ».

— *C'est que tu n'as jamais été traité en homme.* (Il acquiesce avec un bon rire) (5). Avant de le congédier nous lui demandons s'il n'a aucune requête à nous faire.

Après une longue attente :

— « *Si,* nous répond-il,... *je ne voudrais plus obéir aux femmes* ».

Nous accédons immédiatement à ce désir qui entre tout à fait dans la ligne du traitement et nous demandons aux infirmières de bien vouloir — chaque fois qu'elles auront un ordre à lui donner — passer par l'intermédiaire du garçon de 21 ans, afin que P. pour un temps donné n'ait affaire qu'avec des hommes.

Dans le même but nous *interdisons,* à fortiori, les *visites de la mère,* tout en recommandant celles de ses frères ainés.

Enfin, devant lui nous demandons au coiffeur de lui raser barbe et moustache « comme à un homme ».

Ainsi prit fin notre troisième séance. Les séance suivantes furent heureusement plus paisibles, et facilitées grandement depuis qu'un *contact psychologique* s'était amorcé entre le malade et nous.

Nous relaterons seulement la 1e séance (la plus substan-

---

(5) C'est à dater de ce moment précis de notre interventon psychologique que P. extrêmement docile à nos indications s'achemina peu à peu, en dépit d'un fléchissement passager sur lequel nous nous expliquerons vers le recouvrement progressif de ses facultés mentales.

tielle et résumerons les suivantes qui nous conduiront à l'exposé de la seconde phase (ou phase analytique) du traitement.

Quatrième séance (13-12).

(Le débit est un peu moins lent) (6).

— *Qu'est-ce que tu deviens ?*

— « *J'obéis toujours à D* » (le garçon de 21 ans).

— *Est-ce que tu vois plus clair sur ton cas ?*

— « *Ben oui* » (peu convaincu...) ... « *Je voulais vous demander comment je devais m'y prendre* ».

— *Pourquoi faire ?*

— « *Pour réussir* ».

— *Pour réussir dans la vie ?*

— « *Oui, c'est ça... pour réussir dans la vie* ».

— *Tu l'apprendras étape par étape, à chaque étape tu apprendras quelque chose de nouveau.*

— « *Oui, oui* ».

— *Mais tu n'es pas encore arrivé au port. Il faut compter trois bons mois pour te remettre tout à fait.*

(A ce moment de la conversation, il s'assoupissait visiblement. La pièce où nous nous tenions était surchauffée. Il suffit d'ouvrir la fenêtre pour qu'il s'animat de nouveau et reprit la conversation avec une plus grande mobilité d'esprit). Nous lui demandons des renseignements sur sa famille, le nom de son frère aîné, etc... Il nous répond convenablement et il ajoute :

« *Même qu'il faudra lui dire où j'ai mis la cuiller* ».

— *Tu avais caché une cuiller chez toi ?*

---

(6) Le temps d'attente de chacune de ses réponses après la question posée était passé de 20 à 5 secondes environ.

— « *Oui, en haut du placard de l'antichambre* » (7).

— *N'allais-tu pas me poser une question au moment où j'ai ouvert la fenêtre ?*

— « *Oh ! ben non... non* ».

— *Qu'est-ce qui te fait rire ?*

— *Rien* » (nécessité de respecter le rythme de sa pensée).

— *Tu es content ? — C'est pour cela que tu ris ?*

— « *Oui* ».

— *Et pourquoi es-tu content ?*

— « *Parce que ça commence à s'arranger* ».

— *C'est une affaire ; moi aussi je suis content.*

— « *Oui* ».

— *Et pourquoi est-ce que je suis content ?*

Il rit :

— « *Parce que je suis* devenu *homme,... parce que je suis un homme* ».

Dans les séances suivantes nous nous sommes efforcés de mettre P. de plus en plus à l'aise avec nous.

A l'occasion nous entrions dans le rôle d'un camarade prêt à discuter gaillardement avec lui.

Nous obtenions ainsi de sa part une confiance grandissante et petit à petit une saine conscience de son état.

Une fois, lorsque nous lui demandons si rien ne le gêne plus : « *les femmes* » répond-il... « *j'en voudrais une pour moi* ».

Une autre fois le mythe du soldat tombe de lui-même de la façon suivante :

Lui : — « *Quand j'étais tout petit j'm'amusais toujours à la guerre* ».

— *Qui est-ce qui gagnait ?*

(7) Nous avons vérifié l'exactitude de ce petit renseignement qui venait témoigner du retour de sa mémoire des faits récents.

— « *C'était toujours moi* ».

— « *Et crois-tu que c'est pour s'amuser qu'on devient soldat pour de bon ?*

— « *Non, G.* (un frère plus aîné mobilisé à Verdun) *est venu en permission et il m'a raconté... ça m'a un peu déçu quand même* ».

— *Pourquoi ?*

— « *50 kilos sur le dos en chantant c'est fatiguant* ».

— *Et te battre, aurais-tu envie de te battre ?*

— « *Oui* ».

— *Contre qui ?*

— « *Contre mes ennemis* ».

— *Quels sont tes ennemis ?*

— « *Les Indochinois en ce moment* ».

— *Pourquoi ?*

— « *Parce qu'ils se révoltent* ».

— *Es-tu prêt à donner ta vie pour ça ?*

— « *Peut-être mieux une autre carrière tout de même* ».

— *Laquelle ?*

— « *Menuisier* ».

— *Même pour être menuisier il faut être un homme fort, sais-tu ?*

— « *Oui* ».

— *Et comment deviendras-tu un homme fort ?*

— « *Travailler* ».

— *Pourquoi attends-tu si longtemps avant chacune de tes réponses ?*

— « *Pour réfléchir, pour ne pas dire de bêtises, pour qu'on ne se moque pas de moi* ».

Après la dernière séance relatée, une absence forcée de l'hôpital nous obligea à interrompre momentanément la psychothérapie. Durant près de quatre semaines notre malade fut abandonné à lui-même. Cantonné dans un local

exigu du fait d'une épidémie de varicelle, il passait au lit ses matinées et ne se levait que deux heures l'après-midi pour rendre de petits services ménagers. Par mesure d'isolement les visites de ses frères avaient été suspendues. Donc un ensemble de conditions défectueuses qui devaient faire redouter le pire.

En fait cette période fut caractérisée par un net déclin de son état mental sans que l'on puisse parler de véritable rechute.

Dès la fin de la première semaine, sa bonne volonté fléchit et sa confusion eut tendance à réapparaître.

Son alitement prolongé d'une part, son *désœuvrement* d'autre part — corrigé à rebours par la seule lecture de petits illustrés pour enfants — ne devaient qu'ajouter à son engourdissement physique et intellectuel.

Plus indifférent à son entourage, c'est à peine s'il semblait porter intérêt aux membres de sa famille qui se dérangeaient régulièrement pour lui apporter des provisions et les lui présentaient à travers les carreaux.

Il baissait la tête, faisait de vagues signes, son expression était de nouveau inquiète et son regard luisant alarmait vivement sa mère (qui n'avait pas résisté en notre absence au désir de se montrer).

Précisément, le surlendemain de la visite de la mère, au rapport du 30 décembre 47, on signale que le malade : « est très turbulent, qu'il se masturbe et tient des propos absurbes ou grossiers ». Le premier janvier 48 l'agitation est encore plus marquée, on note « qu'il semble égaré, relève sa chemise, se promène à quatre pattes dans les couloirs et sous les lits en poussant des grognements d'ours ou de loup ».

Cette phase d'excitation n'excéda pas trois jours. Toutefois le malade restait sombre et ne pouvait tenir une conversation.

Dès notre retour il fut changé de local et commença à se lever. Sa brume mentale se dissipa rapidement. Il nous fallut moins d'une semaine pour le retrouver tel que nous l'avions laissé. Nous pûmes l'occuper à de petits travaux et lui prêter un livre de lecture (8) pour lequel il fut susceptible de se passionner. Nous reprîmes nos entretiens. Dans l'intervalle, incité par nous aux exercices physiques, il accomplissait régulièrement les mouvements de gymnastique que nous lui avions prescrits. Après cette reprise de contact psychologique et grâce à elle débuta la seconde phase où :

*Phase analytique* du traitement.

De longs et patients interrogatoires (9) nous permirent, chez le malade de plus en plus conscient, de recueillir les données suivantes qui tentent de reconstituer ce que nous aimerions nommer :

*L'histoire interne de la maladie.*

— Telle qu'elle fut vécue par le malade lui-même, autant qu'il nous a été donné de nous rapprocher de ce point de vue.

Le récit de trois légers incidents laissera mieux qu'aucune généralité, se préciser à nos yeux le *climat psychologique* au sein duquel devait se déclancher la crise :

Un soir du mois de mars 47 P. eut avec deux de ses frères et sa plus jeune sœur une violente discussion dont il sortit vaincu et profondément froissé. Voici quel était le thème de cette discussion :

---

(8) Livre de Voyage : Paris-Saïgon (Larigaudie).

(9) Simplement aidés par des rapprochements associatifs et controuvés par les dire de l'entourage.

En février 47, P. en visite au Musée Grévin, avait été extrêmement impressionné par le spectacle d'un prestidigitateur, d'un « magicien », comme il dit, qui séparait des anneaux de fer, faisait disparaître des cartes et apparaître la photo du Général de Gaulle, tenait un jeu en équilibre sur un bâton etc... Un mois plus tard, le soir de mars dont il est question, P. prétendait devant ses frères et sœurs que cet homme détenait une véritable puissance magique. Eux s'efforçaient vainement de lui prouver que tout cela n'était pas bien malin, qu'il s'agissait de simples « trucs », mais comme il persistait dans son idée, ils se moquèrent de lui et l'accusèrent « de croire aux sorciers ».

(Une semaine auparavant déjà il s'était trouvé offensé par son frère en contradiction avec lui au sujet de l'Indochine. — Le premier se désintéressait du pays, le second voulait le défendre à cause du riz et du caoutchouc ». — Son frère aîné aurait haussé les épaules sans prendre seulement ses arguments en considération).

Au mois d'avril 47 durant son travail chez un patron tourneur il entraîne au sous-sol une employée beaucoup plus âgée que lui (autour de laquelle il « tournait » depuis quelque temps) et tente sur elle des méthodes violentes. Mais il est remis à sa place par une paire de gifles. Une fois de plus il sort vaincu.

Enfin parmi les innombrables films qu'il voyait quotidiennement, retenons l'un des plus indigestes : Il s'agissait d'un docteur J. (anglais), qui buvait un fluide et se transformait en monstre... devenait très méchant, torturait une jeune femme qu'il retenait prisonnière chez lui... et se faisait tuer à la fin du film par son meilleur ami. « Ça a été la fois, dit-il, où j'ai eu le plus peur la nuit avant de m'endormir ».

Souvent en effet il avait des frayeurs la nuit, et *jamais*

depuis sa rentrée au foyer familial, c'est-à-dire depuis l'âge de sept ans, *il n'avait couché seul.* (Successivement, il partagea le lit de ses parents, puis de ses frères D. et M. — qui quittèrent la maison deux ans avant sa maladie — puis de son frère G., enfin de son père — durant les deux dernières années).

Pour compléter le tableau de l'atmosphère familiale confinée dans laquelle il évoluait, rappelons l'attitude de la « maman-gâteau » qui, comme elle nous le dit, « le menait par les sentiments » : ce qui consistait — pour obtenir ce qu'elle voulait — à avoir recours aux caresses et au besoin aux encouragements tels que ceux-ci : « Allons, Pierrot, mon toutou, faut aller au dodo » ... Cela à 17 ans ! Il faut rendre justice à cette pauvre maman d'avoir reconnu avec nous (sans chercher à se justifier) : « C'est vrai, je le traitais comme un bébé, je le brimais par l'affection ». Mais de véritable affection il n'était pas question. En effet à côté de ces cajoleries anachroniques, de cette mollesse dissolvante (où ses penchants oisifs et sensuels trouvaient une terre d'élection) ses sentiments affectifs profonds restaient sans issue. Il nous fait remarquer que depuis plusieurs mois il n'embrassait plus personne, que ni à la maison ni au dehors il ne cherchait à s'épancher, bien au contraire il s'isolait et se renfermait de plus en plus en lui-même. C'est entaché de ces dispositions que lui vint un jour :

*L'idée d'affirmer sa supériorité.*

Ce thème caractérisa la :

*Phase prodomique* (de l'histoire interne de la maladie).

Voici de quel ordre devait être cette revanche qu'il prenait sur sa famille. (Et par là sur le genre humain).

Un après-midi de novembre, cédant à la poussée intérieure d'un *sentiment de puissance*, il lui semble qu'il peut faire faire à ses sœurs ou à ses frères tout ce qu'il veut.

Il tente alors de les « mystifier » par des « tours de carte et des trucs comme ça ». Pour *faire des tours de magicien*, il fait disparaître des cartes, cache des objets familiers (la cuiller dans le placard) ; surtout, il fixe les autres de son regard car il a l'impression que c'est *par les yeux* qu'il commande ses frères. A partir de ce moment, « ses yeux lui brûlent beaucoup ». Il décide alors d'entraîner son neveu de sept ans, J. L. dans un bois des environs. Une fois bien à l'écart, il fait peur à l'enfant, lui dit qu'il va se faire manger par un loup, le fait pleurer, et voulant l'endormir il le fixe avec ses yeux, qui « lui brûlent de plus en plus ». Il se convainc lui-même de sa réussite (d'hypnotiseur) et lorsqu'au retour de la promenade J. L. demande à sa mère : « Tu sais quand on dort ? » puis se met au lit plus tôt que de coutume, il pense et nous explique : « J. L. n'a pas dû savoir que c'était moi (qui l'avait endormi) mais moi je le savais bien ». A partir de cet épisode, il conserve une sensation douloureuse au niveau des globes oculaires. Le sentiment de supériorité qu'il s'octroye ne s'installe si bien en son for intérieur et ne subsiste qu'à la faveur d'une *confusion mentale grandissante* : Il lui semble que tous les membres de sa famille déraisonnent, en particulier lorsqu'ils offrent une résistance à ses propos et à sa nouvelle attitude.

Au lieu de fuir et de redouter ce brouillard noyant le jugement il semble le rechercher et le cultiver.

Dans la semaine qui suit l'aventure du bois, pour s'étourdir, il prend deux verres de vin d'affilée (ce qu'il ne faisait jamais) : « Je commençais à ne plus savoir ce que je disais ». La semaine suivante il reste troublé et, sans

prendre de vin, il « s'imagine » cependant « des tas de choses ». En se rendant chez une de ses sœurs mariées, il croit que son frère aîné est mort (accidentellement), il s'en affole : c'est alors qu'il frappe du poing sur la table (10) (mais, de cette réaction violente, il n'a conservé aucun souvenir).

Il retrouve bientôt ce frère qui n'est pas mort et se rend en sa compagnie au spectacle d'une course de bicyclettes. Se posant là encore en devin magicien de la course, avant le départ, il annonce le numéro gagnant : Le n° 6, et sa prédiction se trouve exacte (11). Cette prodigieuse réussite couronne son désir « d'en imposer » par un exploit et satisfait à la fois son besoin de revanche envers son frère aîné qui l'avait précédemment humilié (12). Mais en contre-coup son exaltation intérieure se sanctionne par une craintivité extérieure accrue. Il sanglote, suit sa mère « comme un petit chien », la supplie de le consoler. Ses yeux, dont il n'ose plus se servir, le font toujours souffrir. Quand nous le questionnons sur son état dans l'intervalle des moments d'anxiété où d'exaltation il nous répond :

« *Je ne me sentais pas malade mais je délirais quand même* ».

— *Qu'est-ce que délirer ?*

— « *Ne plus savoir ce qu'on dit* ».

*De la phase déclarée de la maladie.* (Période que recouvre une amnésie presque complète) nous n'avons pu recueillir de la bouche du malade que des renseignements

(10) Cf. page 14.

(11) Le fait a été vérifié par nous, mais au lieu de s'être produit chronologiquement à la date indiquée par P., il se situe avant l'épisode morbide et n'est venu jouer un rôle dans le cours de ses idées qu'à titre de réminiscence.

(12) Cf. page 30.

fragmentaires et ceux-ci ne dessinent qu'en traits grossiers la suite de « l'histoire interne » :

Dans la journée qui précéda l'internement le délire s'était accru. Il présenta des alternatives d'excitation avec agitation, altercations violentes : « On le prend pour un gamin ! Il ira au bois de... (13) jusqu'à une heure du matin », et d'*inertie* apathique avec *confusion* (14) dont il donne lui-même cette définition subjective : « Je ne me rendais pas bien compte de ce qui se passait autour de moi ».

Ses essais pour garder contact avec le réel restent infructueux, il demande : est-ce que c'est un mur ça ? » (et il va de sa main tâter le mur) « est-ce que je suis normal ? ai-je mon esprit ?... faudrait s'comprendre ».

Nous avons vu aussi comment au comble de l'inquiétude il passa la dernière nuit dans le lit de sa mère, à qui, d'une voix lasse (dans un état crépusculaire) il fit toutes sortes de propositions et confidences hétéroclites et libidineuses. Le lendemain à 16 heures il se laisse conduire en ambulance avec son frère et sa mère ; l'objet du voyage lui échappe : il est seulement impressionné par l'auto « qui fait des embardées : je croyais à chaque fois qu'elle allait rentrer dans les murs ».

De son passage à l'hôpital Henri-Rousselle, il ne conserve qu'un souvenir extrêmement imprécis. Il ne relate pas, à cette période analytique du traitement, ce qui concerne son changement de sexe et la crainte de l'électro-choc (peut-être parce que ces éléments avaient trouvé leur sanction au cours de la première phase de la psychothérapie). Par con-

(13) Là où il avait conduit son jeune neveu J. L.

(14) Ce jour là la confusion fut spécialement accusée après les repas s'accompagnant alors de douleurs abdominales.

tre il se souvient de ses frayeurs (15). Lorsqu'il se vit « seul enfermé dans une chambre » il eut peur d'être dévoré « par des monstres et des loups » (comme si son pouvoir de terrifier s'était retourné contre lui). Il présenta même un véritable *épisode onirique :* « Je ne savais pas si c'était des visions mais il me semblait voir des cadavres, j'étais dans un espèce de cachot (sa cellule d'hôpital)... il y en avait une vingtaine en tas : c'était pas tous des cadavres il y avait des mourants ; je croyais que ceux-là allaient me dévorer (pour ne pas mourir de faim) ».

En analysant un peu le substratum de ces manifestations oniriques il est facile de les rattacher à un film vu un an auparavant sur les horreurs du camp de Dachau qui produisit sur l'enfant une impression telle « qu'il n'osait plus regarder ».

Quant au fond mental, ses propres expressions font ressortir le flou, l'imprécision, la confusion. Pour repêcher les quelques souvenirs concernant ce court séjour en cellule, où il vécut une sorte de cauchemar éveillé, il se sert d'expressions telles que : « C'est une idée qui m'était venue comme ça, puis j'ai dû l'oublier » ou « j'étais étourdi, je me suis mis à divaguer et puis ça s'est passé ».

En dehors des troubles mis en exergue dans les deux certificats (rapportés pages 11 et 12) l'observation médicale de cette période signale une tendance remarquable chez notre sujet à réagir contre sa torpeur et sa désorientation, à se raccrocher au réel : « La nature est là, il faut manger ». Il veut toucher la main du médecin qui l'examine « parce qu'elle est vraie », et il ajoute, en s'adressant au praticien :

---

(15) Qu'il avait partiellement évoquées dès la première phase du traitement mais que nous rassemblons ici pour la clarté de l'exposé.

« Il y a du bien dans votre tête, comme ça il y en aura dans la mienne ». Invite touchante à la psychothérapie !

Arrivés à ce point d'investigation nous étions en mesure de rassembler

*Les données étiologiques* à savoir :

d'une part la *prédisposition congénitale* indéniable du sujet à une fragilité nerveuse — d'autre part les *facteurs acquis*, en particulier familiaux, qui convergèrent chez lui à un moment donné pour susciter la réaction mentale dont nous fûmes témoin.

1°) En ce qui concerne la *prédisposition congénitale*, trois faits sont à retenir qui pèsent à un degré variable sur la constitution de l'enfant dès avant sa naissance.

*a*) Le premier fait est la constitution légèrement déficiente des parents : tant de la mère (dont le frère, nous le savons s'est donné la mort dans un état de mélancolie anxieuse) que du père qui depuis sa typhoïde présentait un affaiblissement général important.

Sans avoir pu remonter plus de deux générations dans la lignée généalogique il ne nous semble pas toutefois devoir parler dans le cas présent de tare familiale (les quatre grands-parents en particulier se trouvent complètement indemnes).

*b*) Le second fait qui, lui, nous apparaît primordial réside dans *la conception de l'enfant :*

Il s'agit d'un enfant *non désiré*, le dernier de douze enfants, « le moins désiré » de la famille. Déjà (si l'on reste à ce point de vue) en dehors des trois aînés, vraiment attendus par la mère, les autres enfants furent acceptés, sans plus : « On les prenait comme ils venaient », de bon gré

d'abord, de moins bon gré ensuite (à partir du huitième). Quant à P. on ne le voulait pas, il arriva « par dessus le marché » et choisit un mauvais moment. Nous exposerons dans nos conclusions les raisons qui nous ont poussé à attacher à ce fait une certaine importance. Déjà, aperçoit-on sans peine ici les conséquences pratiques énormes. En effet, ni l'état physique du père (affaibli et surmené professionnellement) ni l'état moral de la mère (très affectée par la perte toute récente de sa petite fille de huit ans) n'étaient satisfaisants au moment de cette conception involontaire, dont le fruit devait être accueilli presque comme un malheur.

c) Le troisième fait à retenir concerne la *gestation* elle-même qui fut pénible. La mère se décourageait, « ne mangeait plus, maigrissait », et cette dépression ne pouvait que retentir défavorablement sur le fœtus.

Toutefois aucun accident externe ne survint. Ces données congénitales ont surtout une portée théorique sur laquelle nous insisterons plus loin. Mais du point de vue pratique, n'étant ni catégoriques, ni modifiables, ni avantageuses pour l'enfant, nous n'avions pas lieu de les utiliser dans notre psychothérapie. Bien au contraire l'étude analytique des

2°) *Facteurs étiologiques acquis* eux, modifiables dans une large part, nous permettait de retracer de façon fructueuse aux yeux du malade lui-même l'aventure (16) de sa maladie, (son mode d'installation et les circonstances de son dénouement) en la plaçant dans le prolongement de son curriculum vitæ.

Voici donc, brossée à gros traits, la trame psychologique de l'enfant telle qu'elle nous apparaît, comme la rançon

(16) L'histoire interne.

d'une méséducation familiale qui alla toujours s'aggravant et prépara la voie à la maladie en façonnant chez lui un regrettable *complexe d'infériorité.*

Jusqu'à l'âge de 7 ans, P. vécut à la campagne où il naquit. Il ne semble pas durant les premières années de sa vie avoir souffert d'un retard physique (17) qui l'eut déclassé vis-à-vis des autres enfants. Mais à la compagnie de ses frères et sœurs, il préférait celle de ses deux nièces (de 2 et 4 années moins âgées que lui) auprès desquelles il avait la faculté de se conduire en aîné. Il ne manquait guère l'occasion de « parader » devant elles aussi bien au cours des parties de colin-maillard ou de saute-mouton dans les champs qu'au retour de l'école, où il se vantait d'être premier. En fait il était bon dernier et avait déjà pris des habitudes de paresse inventant toutes sortes de prétextes pour manquer, quand sa mère ne les lui fournissait pas elle-même : « L'hiver il faisait trop froid pour aller sur les routes ». Il disparaissait sous les cache-nez.

A 7 ans 1/2 il devait quitter ses nièces — partant son prestige facile — pour suivre sa famille dans la région parisienne. Là dans un climat psychologique devenu brusquement étouffant par contraste (18) (assombri encore par la survenue de la guerre) évolua le benjamin que nous avons déjà appris à connaître.

Cajolé à outrance par la mère (qui le « brime par son affection ») ne trouvant auprès du père aucun appui viril, parfois raillé et jamais pris au sérieux par ses frères et sœurs P. s'amollit, se ferme, s'isole. Qu'on imagine une

---

(17) A souri à 6 semaines — marché à 1 an — parlé à 15 mois (couramment à 2 ans).

(18) Nous ne parlons pas ici du cadre extérieur relativement convenable : pavillon de 7 petites pièces réparties en 2 étages pour les parents et leurs enfants. Milieu social : modeste, ouvriers-artisans, intérieur bien tenu.

soirée passée en famille, le père camouflé derrière son journal, la mère trônant à la table desservie en reprisant des bas, la sœur J. à la vaisselle, tandis que P. *vaincu par l'ennui* quitte une partie de nain-jaune avec son frère D. pour monter avec des illustrés sous son bras dans sa chambre où il s'enferme à clef. Il lui fallait une compensation. Où l'aurait-il trouvée ? Dans le cadre que nous venons de décrire ? Plus personne pour l'admirer et le soutenir. A l'école ? Il s'y rend le moins possible. Alors... au cinéma ?

N'étant ni assez combattif pour se défendre verbalement auprès de ses aînés, ni assez pervers pour réagir par des vilainies, ni d'un tempérament à tendance pithiatique, il prendra sa revanche tout seul, et pour ce (sa puberté précoce aidant) il découvre dans l'onanisme un échappatoire physiologique facile. Cette pratique va nourrir chez lui une fausse intimité puisque dorénavant il a quelque chose en propre à cacher : « Il a des raisons qu'on ignore de s'enfermer à clef ». Mais le « m'as-tu vu » (isme) l'emporte encore chez lui sur ce faux secret qu'il livre finalement à un camarade d'atelier, croyant l'étonner. L'autre lui répond : « Çà te jouera de mauvais tours ». P. est profondément déçu et à partir de ce moment s'il poursuit cette habitude entraîné par la force acquise, il a besoin d'un autre alibi pour s'affirmer. Nous assistons alors dans sa trame psychologique à un bouleversement complet. A la suite de menues blessures de susceptibilité le « bébé » prenant sa revanche va jouer au phénix et au magicien. Pour exercer son influence il choisit d'abord son neveu plus faible que lui, puis encouragé par son apparent succès il se hasarde auprès de ses frères et sœurs. Mais ces tentatives d'esbrouffe ne trompent que lui. Pris à son propre jeu, il s'affole, ses yeux lui brûlent, les terreurs succèdent aux coups de maître, et dans la déroute de sa personnalité (vite

enflée, vite désagrégée) il sombre dans un état de confusion.

Dans les matériaux qui servent alors de thème aux idées délirantes ou oniriques, il est remarquable de retrouver tous les éléments *non assimilés* du passé tels que le film documentaire sur Dachau, le scénario horrifiant du film anglais, la maladie de sa sœur (dont on ne lui épargna pas le sectacle (19) et pour remonter plus avant, une histoire qui l'avait marqué à l'âge de 6 ans : « La chèvre de Monsieur Seguin ».

L'irruption brusque, au milieu de cette brume où notre malade s'égarait, de la personne du médecin qui s'affronte avec la sienne déclanche chez lui comme le réveil d'une nouvelle personnalité qui se concrétise autour des deux scènes : celle du garde-à-vous (20), où sa supériorité se trouve brisée et son regard doit plier ; et celle de l'explication publique à l'issue de laquelle pour la première fois P. se sent traité en homme. Nous avons vu, le contact établi, l'éducation qui s'en suivit.

Ainsi : *Pour nous résumer :*

Dans une première phase du traitement, nous étions entrés en contact avec le malade à la faveur d'un facteur émotionnel heureux. Puis nous avions aidé à la cristallisation de sa personnalité sur un thème cohérent et concret (en l'occurence : « devenir un homme ») qui tendait à renverser le complexe d'infériorité.

Dans une seconde phase analytique, nous avions réussi à établir un lien dans son esprit entre ses conditions de vie

(19) Il accompagna deux fois sa mère aux visites : « Elle était comme moi dans un lit, dit-il, elle criait tout le temps des grossièretés. C'était pas agréable surtout que c'était ma sœur.

(20) Cf. page 21.

au sein de sa famille et l'éclosion de sa maladie en précisant comment ce passage « du bébé au phénix » l'avait conduit à « perdre son contrôle cérébral » (21). Il nous restait maintenant à asseoir ce contrôle cérébral. C'est ce à quoi nous nous sommes attachés au cours de :

*La troisième phase de la psychothérapie*

en nous aidant de : la *méthode* préconisée par R. Vittoz de Lausanne, basée au départ sur une *rééducation sensorielle* qui rompt entièrement avec les procédés analytiques excluant tout échange verbal avec le sujet.

En nous réservant de revenir dans notre discussion sur l'ensemble de la méthode qu'il est indispensable de connaître dans son entier pour ne pas en trahir l'esprit, nous envisageons ici les quelques exercices dont l'utilisation progressive nous paraissait particulièrement recommandée à l'hygiène mentale de notre convalescent, à savoir : (22)

1°) Les actes conscients.

2°) Les exercices de respiration.

3°) La concentration de l'attention — sur les sensations cénesthésiques — sur les images visuelles et auditives — puis sur l'idée.

4°) Les actes de volonté.

1°) *Les premiers « actes conscients »* à obtenir du sujet sont des actes *de pure réceptivité sensorielle.*

Recevoir consciemment et sans distraction une impres-

(21) Le malade devait se trouver hautement soulagé par cette interprétation des faits que ses confessions nous avaient dictée et dont il entendit lecture avec satisfaction.

(22) Sans entrer dans les détails techniques des différents exercices nous montrerons plutôt en quoi chacun d'eux chez notre malade trouva sa bienfaisante application.

sion sensorielle élémentaire (le bruit d'un métronome, le parfum d'une fleur, le contact d'une étoffe ou simplement du bras du fauteuil sur lequel repose la main) tel est l'objectif proposé au malade. Sa correcte réalisation est beaucoup moins aisée qu'elle pourrait apparaître de prime abord.

En effet, pour être de bonne qualité, la sensation doit être simple (23), brève (24), vive, complète et perçue consciemment par le sujet sans être analysée ni conceptualisée (25).

L'objet doit être « senti » et non « pensé ».

Chez P. la qualité de ces sensations conscientes dont l'appréciation n'est pas seulement subjective mais séméiologique s'améliora rapidement. De molles, floues et indéterminées, elles devinrent en quelques semaines, plus nettes, plus vives et surtout *déterminées.*

Leur pratique fut renforcée et complétée par celle des *actes contrôlés :* actes simples déjà plus complets où rien ne doit échapper au contrôle et à la conscience :

(Par exemple : ranger un objet dans un tiroir sous le contrôle de la vue, en fermant le tiroir sous le contrôle de l'ouïe et en s'assurant que la clef est à bout de course dans la serrure sous le contrôle du toucher ; ou bien la *marche consciente* où le sujet s'attache à percevoir d'abord le contact avec le sol et le bruit de ses pas, puis le mouvement de ses genoux, enfin la sensation d'équilibre et de souplesse qui se dégage d'une marche harmonieuse. Plus encore que

---

(23) N'exercer toujours qu'un seul sens à la fois (faire fermer les yeux durant les exercices ne concernant pas la vue).

(24) Ne pas dépasser quelques secondes.

(25) Le sujet se laissera donc impressionner par le tic-tac, la bonne odeur, le contact moelleux sans réfléchir : c'est un métronome, c'est une fleur, c'est du velours, etc.

de demander au malade des actes conscients, nous lui demandions de *prendre conscience de ses actes* et de les *sentir.*

2°) Au même titre que la marche consciente, les exercices de *respiration contrôlée* furent heureusement utilisés :

*a*) Dans la *respiration consciente*, le sujet doit sentir son souffle normal traverser dans un sens puis dans l'autre les voies aériennes, d'abord au rythme habituel de sa respiration puis lors d'une grande inspiration (lente et profonde) suivie d'une expiration semblable qu'il doit s'accompagner d'un relâchement musculaire complet. Cet excellent exercice de détente nous servait de prélude à chacune des séances de rééducation et nous y revenions chaque fois que le sujet avait tendance à se contracter ou à se distraire au cours des autres exercices.

P. de son côté, y avait recours principalement le soir, dans son lit (26), lorsque la tentation de se masturber à nouveau entravait son sommeil ; il faisait également usage de la *respiration rythmée* à quatre temps (avec deux temps de pose bien délimités) (27) qui ajoute à la qualité d'acte conscient celle d'acte dirigé.

3°) *Les exercices de concentration de l'attention*

avaient chez notre sujet, un intérêt très différent selon leurs applications respectives.

*a*) La concentration *sur les sensations cénesthésiques* aidait le malade à bien reprendre possession de son corps. Certes, l'on ne décelait plus chez lui, depuis longtemps, le

---

(26) Il avait trouvé de lui-même le meilleur acte conscient utilisable dans ces circonstances.

(27) Telle qu'elle nous fut recommandée par une élève directe de Vittoz à laquelle nous devons beaucoup.

sentiment d'étrangeté vis-à-vis d'une quelconque partie de son corps (phénomène banal chez les confus) - l'impression de transformation de ses organes sexuels ( de masculins en féminins) avait, en effet totalement disparu à la suite du choc émotionnel — toutefois, cette série d'exercices convenait remarquablement à P. lui permettant par de bonnes concentrations sur les groupes musculaires du bras, de la main, de la jambe et du pied (en alternant toujours la droite avec la gauche) d'obtenir une répartition plus équilibrée de ses sensations cénesthésiques. La concentration sur les masses musculaires doublant la colonne vertébrale était mise à profit pour assurer le maintien de celle-ci dans une bonne position de rectitude. Bien entendu, nous évitions de provoquer chez lui toute concentration sur les organes génitaux externes qui aurait pu fournir l'amorce d'une excitation sexuelle.

*b*) Avant de demander à P. de concentrer son *attention sur les images visuelles*, nous avons remarqué qu'il était nécessaire, au préalable, de l'aider à former de *bonnes images mentales* par une concentration de l'attention sur un objet extérieur qui, cette fois, n'était plus appréhendé dans son ensemble et avec facilité comme au cours des exercices de pure réceptivité sensorielle mais avec acuité et dans le détail (28) pour qu'une image mentale *précise* en subsiste une fois les yeux fermés.

La concentration sur l'image proprement dite était réalisée de façon optima par le tracé mental de graphiques simples (29) dessinés au fusain sur un mur blanc.

---

(28) Le regard exigé du sujet n'est plus, comme au cours des sensations conscientes celui de l'enfant au réveil mais plutôt celui du copiste ou du peintre.

(29) Un grand 8 ou le signe de l'infini $\infty$ que nous faisions accompagner les premières fois du geste de la main qui trace pour aider à la fixation de l'image mentale.

Sans exercice préalable, notre sujet se faisait d'un métronome en marche une image satisfaisante à la fois auditive et visuelle sur laquelle il pouvait se concentrer longtemps.

c) *La concentration sur l'idée* intéresse une sphère psychique déjà plus élevée. Elle présentait chez P. un intérêt primordial. En effet, les trois idées-types proposées par Vittoz à l'attention du malade sont les idées de calme, d'énergie et de contrôle et le but de l'exercice est de conduire le sujet de *l'idée* de calme à *l'état* de calme profondément *ressenti*. Il y a donc inversion du processus psychique : au lieu de monter des sensations à la conscience comme dans la réceptivité pure, ici le point d'appui est l'idée qui, par voie « d'émissivité », doit informer la sensation profonde (30).

Etant données, d'une part, la dissolution des synthèses mentales qui caractérise l'état de confusion, d'autre part, la tendance à la nonchalance si prononcée chez notre sujet avant sa maladie, on comprend que les idées d'énergie et de contrôle devaient fournir à la rééducation des matériaux de choix.

Pour aider à une bonne concentration de l'attention sur l'idée, il est nécessaire, surtout au début, de lui donner un support concret : de préférence un souvenir personnel (pour l'énergie P. se revoyait gravissant une rude côte à bicyclette) ou, à défaut de souvenir (qui manquait chez lui pour objecter l'état de contrôle) une scène imaginée (où il dominait la situation : ici il se figurait tenir la place du Médecin-Chef à son bureau dictant ses ordres aux Surveillants Généraux).

---

(30) Dans cette perspective, la concentration sur l'image apparaît comme charnière de « l'émissivité » et de la « réceptivité » (pour respecter la terminologie de Vittoz).

Dans ces exercices (ainsi que dans les précédents) la qualité comme l'intensité de la concentration dont le sujet se montre capable n'est pas seulement subjectivement mais objectivement contrôlable, selon les indications de Vittoz, par la main du clinicien reposant très légèrement sur le front du malade par son bord cubital. Nous ne pouvons nous étendre ici sur ce point technique d'une notoire importance mais dont l'éclaircissement réclamerait des développements dépassant le cadre de cette thèse. Disons seulement que chez P., moyennant ces ressources séméiologiques, il fut possible de discerner un état de contrôle rapidement très satisfaisant, que le malade semblait prendre un plaisir particulier à imaginer et à faire sien. Quant à l'énergie, très faible dans les débuts, son intensité s'est accrue progressivement et la répétition fréquente, quotidienne de l'exercice constitua la meilleure préparation à la dernière étape de la rééducation représentée par :

4°) *Les actes de volonté.*

Leur pratique exigeait, en effet, le déploiement de réserves énergétiques demeurées jusque là, chez P., latentes et inutilisées. (Qu'on se rappelle avant sa maladie, son caractère mou et capricieux, son indolence qui frisait l'aboulie).

Le but proposé au malade dans ces exercices est la réalisation d'un effort de volonté (précis, concret), effectué en maîtrise et conscience et dans sa plénitude.

En d'autres termes, c'est lui faire faire *l'expérience de sa volonté* en dégageant celle-ci de toutes ses contrefaçons et en augmentant, peu à peu, l'importance des mobiles.

Pour donner au « je veux faire cela » toute sa signification, il faut que cette affirmation soit posée par le sujet

après un effort de réflexion (31) et de concentration et suivie *indispensablement* de la réalisation de l'acte.

En effet, si le « je veux » ne cache intérieurement qu'un « je voudrais bien » comme dans le désir velléitaire on ne dépasse pas la simple intention contre laquelle Vittoz nous met en garde (j'ai l'intention sincère de faire cela, mais le moment venu, cette intention fléchit et je ne le fais pas ») il ne saurait être question d'acte volontaire.

A peine avions-nous parlé à P. d'actes de volonté qu'il se proposa à lui-même de manger au repas du lendemain de la choucroute qu'il n'aimait pas. Un hasard voulut qu'on ne resservit pas de choucroute pendant les quatre jours suivants. Ainsi l'acte de volonté s'évanouissait en intention gratuite (à moins qu'il ne s'y mêlat ici une pointe de malice).

Pour obtenir un acte de volonté complet, il faut donc toujours exiger du malade la poursuite d'un mobile *unique, précis* et certainement *réalisable* (dans des conditions prévisibles, déterminées et avec l'énergie dont le malade dispose à ce moment-là).

Les premiers mobiles proposés sont donc des actes élémentaires et de réalisation immédiate (plier et déplier un membre, se lever). Ils doivent être effectués sans retard, non plus seulement sous le contrôle du sujet, mais sous l'empire de son « je veux » dont la qualité objective trouve, là encore, traduction sous la main du clinicien.

Une fois posés ces actes simples, il était possible dans des conditions analogues, d'exiger la détermination consciente réfléchie puis, l'accomplissement dans un délai fixé, d'actes plus complexes (dessiner, faire la vaisselle) ou plus difficiles (exercices lui permettant d'éviter de se mastur-

---

(31) Durant lequel il se décide à vouloir.

ber). A ce propos, la cure analytique en supprimant le motif inconscient qui donnait à la masturbation quotidienne sa valeur de dédommagement, avait détrôné celle-ci dans la vie du malade. Ayant perdu sa place envahissante, elle persistait néanmoins à titre d'impulsion acquise que seule la pratique de ces actes de volonté devait peu à peu juguler.

Au cours des quatre mois d'observation en service fermé qui nous permirent de suivre pas à pas les progrès de cette rééducation psycho-physiologique, nous nous sommes efforcés en outre de stimuler chez P. les *contacts actifs avec le milieu ambiant.*

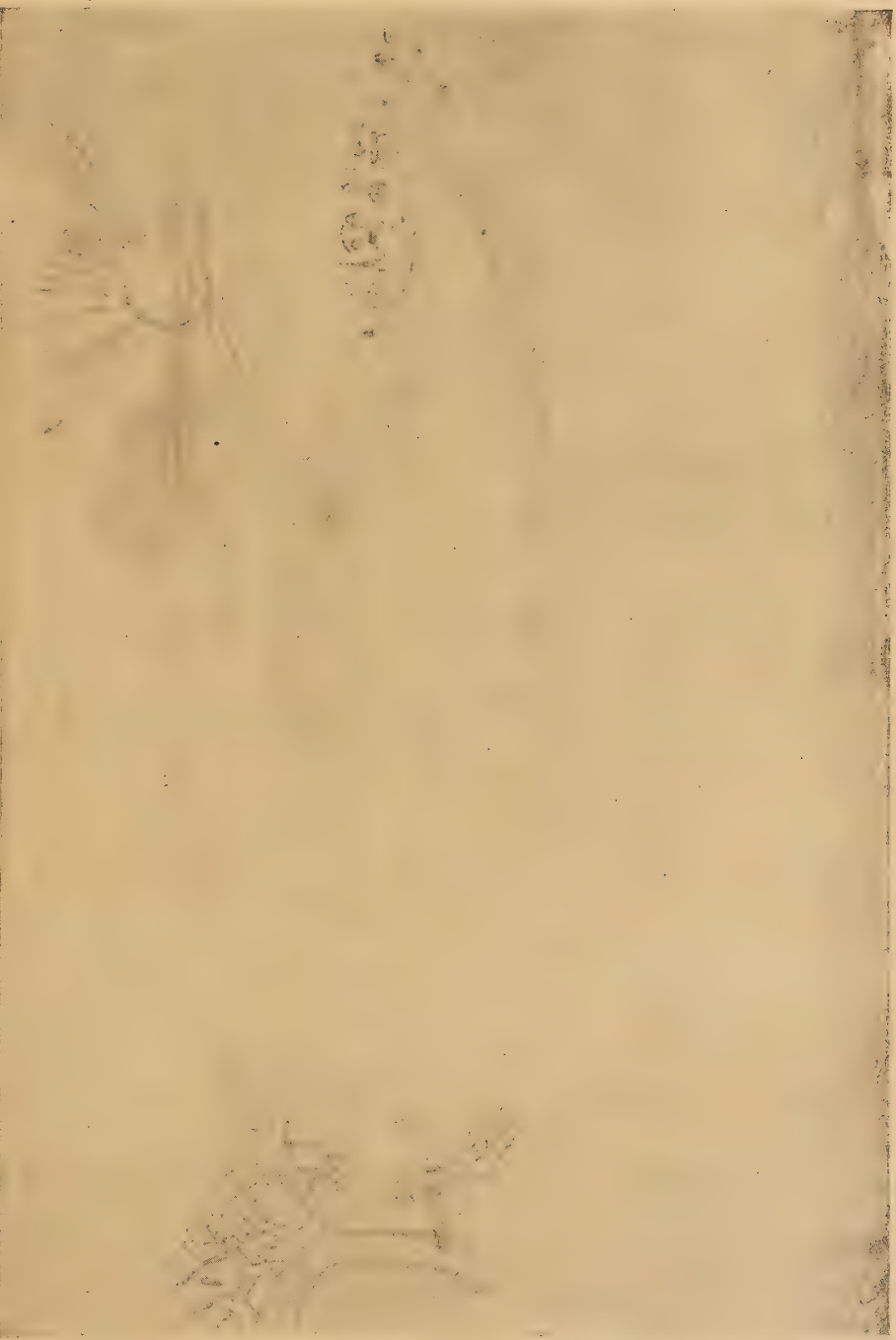
Au cours de grandes promenades dans le parc de l'établissement nous faisions appel à son sens de l'observation et suscitions des conversations pour l'aider à vaincre sa timidité.

Au cours de petites compétitions sportives (luttes, courses) organisées à son intention, nous eûmes plusieurs fois l'heureuse surprise de le voir remporter des succès sur des camarades de son âge. Avec ceux-ci, dès le second mois, toute réserve était tombée et son entrain dépassait souvent celui des autres.

Au terme de cette psychothérapie nous étions à même de réunir de multiples

*TESTS D'AMELIORATION :*

1°) Le *Binet-Simon* donnait à son arrivée le 22-11-47 un âge mental de 9 ans 6 mois ce qui, en faisant abstraction des troubles mentaux aurait classé l'enfant au niveau de la débilité légère. Pratiqué à nouveau le 17-2-48 il donne un âge mental de 13 ans deux mois ce qui classe donc l'enfant en réalité au *niveau moyen.*



2°) Ses dessins spontanés se modifient de semaine en semaine. Nous publions celui-ci exécuté le 22-4-48, représentant un garçon s'étirant sous un arbre au lever du soleil. On pourra le rapprocher du premier dessin (page 19) aux traits épais qu'il fit à son arrivée 4 mois auparavant.

3°) Son écriture se transforme considérablement dans le même délai.

4°) Enfin son comportement scolaire reflète des progrès importants. Le bulletin suivant donne son niveau en date du 23-1-48 : « Lecture courante inexpressive et lente. Très faibles explications de mots. Orthographe d'usage très élémentaire, accords non observés. Sait à peu près les six premières tables de multiplication. Résout les quatre opérations. Connaît l'heure et assez mal les divisions du temps : Qu'on lui compare le bulletin de sortie, le 24-5-48 :

« Lit et récite couramment avec une certaine expression et quelques clichés ; explication de mots tout à fait satisfaisante — orthographe, quelques progrès : les accords restent toujours déficients ; en calcul, a progressé : exécute une règle de trois élémentaire. Ne se trompe plus sur les divisions du temps ; — s'est beaucoup appliqué en histoire et géographie ».

Son institutrice remarque chez lui, après une phase de léger égarement, une application progressive et une grande régularité dans l'effort (32). Devant les progrès obtenus elle pense que P. peut prétendre à son certificat d'étude s'il veut bien s'astreindre à suivre les cours du soir.

En plus de sa bonne volonté elle a remarqué chez lui une grande timidité et une extrême sensibilité.

Déjà ses réactions émotives nous étaient connues et une

---

(32) Cela souligne la responsabilité du milieu familial dans son inassiduité à l'école avant sa maladie. D'ailleurs il nous dit : « J'ai toujours appris facilement ».

étude graphologique du dernier spécimen de son écriture à la plume laissait soupçonner chez lui une grande richesse de sensibilité, mais un simple fait survenu en classe nous parlera d'une façon plus vivante et tout aussi explicite : Durant la lecture d'un récit de L. Raymont où il était question de deux misérables paysans russes, Antek et Hanka, qui se résolvaient après de pénibles marchandages à tirer argent de leur vache... l'institutrice surprit sur les joues de Pierre de grosses larmes silencieuses. Nous voici bien loin de l'indifférence schizophrénique !

5°) Sans attacher une excessive importance aux appréciations de sa mère et de sa sœur ainée qui le 4-3-48 le trouvait déjà « mieux qu'avant sa maladie, plus décidé et doté d'un meilleur jugement », nous avons pratiqué chez lui le *test de jugement moral* établi par le Docteur Baruk et nous avons été surpris par le bon sens de toutes les réponses toujours exactes souvent nuancées, et parfois non dénuées d'humour.

6°) Ajoutons pour finir aux signes nous ayant permis de suivre les progrès de notre malade l'intérêt séméiologique notoire des modifications du regard et de la poignée de main ainsi que le raccourcissement progressif du temps d'attente avant chacune des réponses posées.

Le 12 mai 48 p. quittait l'hôpital avec l'ordonnance suivante :

1°) Poursuivre les exercices Vittoz :

1) Les actes conscients en cas de fatigue intellectuelle.

2) Les exercices respiratoires tous les jours (matin et soir).

3) Les graphiques mentaux (dans le lit le soir pour s'endormir).

4) La concentration sur le calme, *énergie*, contrôle (tous

les deux jours pendant le premier mois ; tous les cinq jours les mois suivants).

5) Les actes de volonté (au moins un chaque jour).

Eviter toute masturbation : en cas de tentation : se concentrer sur une autre partie du corps (le jour faire de la marche consciente ; au lit : éviter de se coucher sur le côté gauche (33) ; faire de la concentration sur les pieds et sur les mains.

2°) Développer le sens de l'observation, faire deux fois par semaine un dessin précis d'après nature.

3°) Faire les mouvements de gymnastique appris à l'hôpital (le matin au lever).

4°) Ecouter de la belle musique lorsque l'occasion s'en présente. Cultiver le dessin de composition personnelle (en faire un par semaine et nous l'envoyer).

5°) Préparer si possible le C.E.P. par les cours du soir.

6°) Donner tout son effort au travail manuel ; l'exécuter régulièrement et progressivement.

7°) Ne plus aller au cinéma ni se gorger d'illustrés, mais faire des lectures intéressantes d'histoire, de géographie ou concernant la vie des grands hommes. Pas trop de romans.

8°) Eviter toute boisson alcoolisée. Pas plus d'un demi-verre de vin ou de cidre à chaque repas. Ne pas fumer.

Le Perray-Vaucluse, 11-5-48.

Avant de rendre l'enfant à sa famille nous fîmes visite à celle-ci, afin d'éviter dans la mesure du possible toute nouvelle erreur psychologique.

En tenant ses parents et ses frères et sœurs au courant

(33) Position qui favorisait l'excitation.

de l'histoire interne du malade, nous mettions sous leurs yeux sous un jour moins étrange et plus objectif le drame psychologique de cet adolescent en insistant bien entendu sur tous les facteurs modifiables. Nous les invitions à ne pas agir avec celui-ci *comme s'il* n'était pas tombé malade mais au contraire à s'appuyer sur la maladie pour corriger les erreurs du passé, en sorte que personne n'empêchât P. à l'avenir de dire ou de penser : « Sans cette histoire-là, je ne serais jamais devenu un homme ».

Par ailleurs, nous avons conseillé un changement de milieu au moins pendant deux années (jusqu'à ce qu'il ait acquis toute son autonomie).

Actuellement il occupe une place d'apprenti menuisier en Normandie chez un beau-frère qui doit veiller sur son nouveau départ.

Avant d'entamer la discussion de nos essais thérapeutiques, il nous est nécessaire d'exposer brièvement

*l'histoire de sa sœur Agnès*

actuellement âgée de 24 ans et qui brusquement à l'âge de 19 ans avait présenté une poussée d'excitation psychique étiquetée par les uns « bouffée délirante polymorphe » par les autres : « excitation du type maniaque ».

Rapportons plutôt les certificats la concernant établis respectivement en date du 14-6-42 et du 17-6-42. Voici le certificat d'entrée légitimant l'internement :

« Amenée par ses parents : depuis quelques jours troubles du comportement. Violences — Bris d'objets — Propos incohérents. A l'interrogatoire la malade extériorise des idées délirantes d'influence dont le début remonterait à plusieurs années. Elle sert de sujet d'expérience ; on con-

naît sa pensée. Celle-ci se dévide toute seule. Pas d'hallucinations auditives. Hallucinations de la sphère génitale, on la possède malgré elle. Sentiment d'étrangeté, mimique discordante, rires immotivés ».

Le second certificat établi quelques jours plus tard à l'asile Sainte-Anne indique : « Psychose polymorphe subaiguë avec excitation psychique, logorrhée, fuite des idées, mobilité de l'humeur. Désordre des actes. Agitation, théatralisme. Idées délirantes, mobiles de persécution, d'influence, de satisfaction, d'érotisme. Eléments confusionnels, onirisme. Température à 38°, langue saburale, fond de déséquilibre et de débilité ».

signé le 17-6-42.

Succède en date du 30-6-42 le certificat de quinzaine suivant : « Etat d'agitation d'allure maniaque ».

Ici, point d'investigation poussée du passé de la malade, nul essai d'interprétation de l'épisode morbide en fonction des données psychologiques, mais recours exclusif aux barbituriques et aux thérapeutiques de choc : le cardiazol est essayé en juillet 42 — sans résultat — puis une série d'électro-chocs, entamée en janvier 43, donne une légère amélioration, après la 4e séance ; une guérison apparente à peu près complète survient après la 6e séance.

La malade au bout de 8 mois d'internement peut être rendue à sa famille. Depuis elle n'a présenté aucune récidive.

Rien de considérable n'est à retenir dans les

*antécédents lointains :*

Si nous remontons également à la conception de l'enfant, la mère alors âgée de 38 ans ne désirait pas d'enfant mais se sachant enceinte elle accepta la contingence sans mau-

gréer. Pendant la grossesse qui eut lieu à la campagne, elle présenta une très forte *albuminerie* (sans éclampsie) dont elle négligea les soins.

L'enfant naquit à terme normalement. Elle fut nourrie artificiellement dès sa naissance.

A l'âge de 6 mois elle présenta un *eczéma généralisé* qui disparut au bout de six mois. Elle marcha à un an, parla à 16 mois et se développa normalement à la campagne jusqu'à l'âge de 13 ans. Elle fréquenta l'école où elle se conduisait en élève bavarde mais appliquée. Elle obtint aisément son C.E.P. Elle fut réglée à l'âge de 15 ans peu abondamment, mais régulièrement. De teinte pâle et de constitution frêle, elle devait aussi souffrir du transfert de l'ensemble de la famille dans la banlieue parisienne, durant l'occupation. Très sensible, elle fut extrêmement ébranlée par les *bombardements* en particulier celui *du 3 mars 1942* qui fit sauter portes et fenêtres de sa maison : tandis qu'à la cave elle protégeait son frère P. qui s'accrochait à sa jupe, elle prenait sur elle pour ne pas lui laisser voir qu'elle avait encore plus peur que lui.

L'angoisse ressentie alors semble l'avoir fortement ébranlée physiquement et psychologiquement. En effet de mars à juin 42, les trois mois qui précédèrent la maladie, elle présenta un affaiblissement général, avec amaigrissement et fatigue au cours de son travail d'ailleurs minutieux et fort pénible (il s'agissait d'assemblage de micas (34) dans une usine de matériel de condensateurs téléphoniques où l'atmosphère était souvent polluée par des odeurs d'anhydride sulfureux émanant du laboratoire d'essai). D'autre part, l'alimentation restait insuffisante (du fait des conditions de guerre). Si A. au bout de trois mois avait

(34) Travail fatigant particulièrement la vue.

présenté une confusion mentale nous aurions retrouvé là tous les éléments qui auraient fait ranger la maladie avec Séglas et Gravéjal dans les *psychoses d'épuisement.*

Mais la psychose ici fut autre et si l'épuisement y joua vraisemblablement un rôle il n'en explique nullement les modalités.

Comment cette enfant sage, affectueuse et sociable, obéissante et douce devait-elle, au mépris de toute convenance, laisser brusquement exploser aux yeux de tous de la façon la plus bruyante et la plus extravagante ses caprices les plus désordonnés ? Voici ce que nous nous sommes efforcés de rechercher par les interrogatoires rétrospectifs en essayant de rassembler là encore les traits psychologiques de

*l'histoire interne* de la maladie telle qu'elle fut vécue par Agnès, telle du moins qu'elle demeura dans son souvenir.

Jusqu'en avril 1942, A. semble avoir supporté fort bénignement l'atmosphère familiale quelque peu étouffante que nous connaissons. Sa place y était assez effacée et son âge défavorisait des rapports intimes avec ses frères et sœurs ; en effet les derniers étaient trop jeunes pour recevoir ses confidences (sa sœur J. était de 7 ans moins âgée qu'elle) et pour « les grands » A. n'était jamais que l'ainée des petits. Elle recevait d'eux souvent des ordres et se contentait en revanche de pousser quelques pointes indiscrètes dans leur domaine (comme par exemple à l'âge de 15 ans la lecture en cachette dans la chambre de sa sœur L. de la « faute de l'abbé Mouret » ou des « Misérables »). Egalement réservée avec sa mère, qui la traitait assez sévèrement, elle cherchait plutôt à s'épancher au dehors du foyer familial.

Au début de l'année 42 elle se lie avec un jeune homme F. avec lequel elle a l'intention de se fiancer. En avril 42

sa mère apprend la chose indirectement et, mécontente du projet (élaboré sans son avis préalable) elle interdit à A. la fréquentation de F. et le lui signifie au cours d'une violente scène d'autoritarisme. A. (avec l'aide d'une sœur complice) s'arrange pour rencontrer F. secrètement mais l'attitude de sa mère déclanche chez elle un renversement de sa psychologie. Elle, jusque là soumise, se rebelle intérieurement contre ce *rôle de cendrion* qu'on lui laisse : « Le soir quand ma jeune sœur (de 12 ans) montait se coucher et que l'autre, L. (24 ans), tricotait ou lisait c'est toujours moi qui faisait la vaisselle. Je m'en plaignais bien à L. mais elle m'envoyait promener en me disant qu'elle avait d'autres choses plus importantes à faire et presque tous les soirs j'avais ma petite crise de larmes ...D'ailleurs tout ce qui venait de L. c'était bien et de moi il n'y avait rien de bien ».

Cet état d'exaspération allié à un léger complexe d'infériorité trouvait son « envers » si l'on peut dire, à l'atelier où A. devenait bavarde et exaltée. Laissant aux autres ouvrières l'apanage des discussions politiques (habituellement violentes) elle-même, en « a parte » avec sa voisine, rêveuse, imaginative et vantarde (toute farcie de revues et de petits romans d'amour) inventait à son tour toutes sortes d'histoires fausses qui lui passaient par la tête : « A ce moment là, j'avais le goût des aventures... ça jasait, ça jasait, mais c'était pour me montrer, pour épater l'autre copine ».

Dans la semaine précédant l'éclosion de la crise, elle présente des lourdeurs dans les jambes le matin et de violentes *crampes* dans les mollets qui la réveillent la nuit. Ses *insomnies* sont émaillées de pollakyurie et de cauchemars (un ouragan terrible, deux cloisons qui se rapprochent tandis que du feu la grille). Son humeur est sombre durant la journée ; elle pleure en mangeant.

La veille de son internement elle ressent une céphalée

violente, se sent toute drôle. « L. (sa sœur) voulait m'empêcher d'aller à mon travail... elle me disait : t'es folle ; mais j'y suis filée tout de même ». A l'atelier elle ne tient pas en place et fait bruyamment part de ses phantasmes à l'une ou à l'autre. On est obligé de la reconduire chez elle. Elle laisse alors éclater son ressentiment, brise les objets qui lui tombent sous la main, prend sa mère à partie : « ma petite sœur (35), elle n'est pas morte, tu l'as vendue pour qu'elle fasse du cinéma en Amérique (36) ».

Le médecin de la famille signe le certificat d'internement.

Elle est camisolée à son arrivée.

Elle conserve un souvenir encore vif et précis de son délire et nous donne à son propos les deux thèmes principaux suivants :

le premier : « J'étais franchement furieuse d'un bout à l'autre mais contre personne, contre le destin »

et le second : « Je faisais ma petite reine, je croyais que tout le monde s'intéressait à moi ».

*L'insurrection contre l'entourage* prit la forme que nous connaissons (37), obligeant à la maintenir dans une salle d'agitées pendant près de cinq mois. « Quand j'étais attachée au lit, nous dit-elle, j'étais hargneuse et très grossière, je faisais des grimaces, tirais la langue, un peu de tout... j'incendiais les infirmières... surtout une qui m'énervait : elle avait toujours la manie de courir avec son boc... mais pas toutes : j'avais mes têtes, il y en avait une grande brune, celle-là je lui obéissais parce qu'elle avait une tête qui me plaisait... j'en avais aussi un peu contre les docteurs, je me disais toujours : qu'est-ce qu'ils vont encore me trouver ».

---

(35) Décédée à 8 ans de diphtérie.

(36) On retrouve là la reminiscence d'un roman feuilleton.

(37) Avec farces, gambades : note maniaque caractérisée.

« Sa folie des grandeurs », pour garder son expression n'était chez elle ni constante... ni prédominante, elle ne revêtait pas un mode revendicatif ou paranoïde mais plutôt un mode plaisant de conte de fée (elle se figure que F. son fiancé est fils du directeur de la firme où elle travaille... qu'on lui coud des robes pour la noce dans la pièce d'à côté — d'ailleurs elle entendait bien la machine à coudre — une autre fois elle aperçoit par la fenêtre qu'on décharge du sable dans la cour, elle revoit une scène analogue de son enfance à la campagne, agrémentée par la rumeur des gamins : elle se figure qu'on va venir la chercher et l'emmener en voiture là-bas à Saint-Nicolas vers la liberté.

On ne trouve aucune confirmation actuellement des thèmes d'influence mentionnés dans le premier certificat.

Ces éléments ne réalisaient d'ailleurs que de faibles trouées dans le fond du tableau intérieur meublé de *phantasmes oniriques*, dépourvus de toute idée directrice et dont la tonalité affective passait d'une extrémité à l'autre. Quelquefois, elle revivait les « parties de rire qu'elle se payait » durant les déjeuners chez un patron charcutier qui la « blaguait » continuellement. Plus souvent il s'agissait de thèmes pénibles. Elle voyait des têtes coupées au pied des lits ; une autre fois sur son propre lit elle voyait un homme habillé tout en noir (38) qui la terrifiait, mais il ne s'agissait pas de véritables hallucinations car interrogée sur ses impressions, elle répond « ce devait être intérieur », « c'était peut-être une vision aussi ». Pour compléter l'histoire interne il faut ajouter sa tendance aux « *fausses reconnaissances* ». Elle croit voir son frère préféré grimper après les tuyaux, elle appelle Jean un docteur qui lui fait faire le tour de la salle

---

(38) Par mode associatif celui-ci lui rappelait un Algérien très brun aux cheveux crépus qui rôdait autour d'elle à l'atelier et ne lui inspirait pas confiance.

en le prenant pour son frère aîné. Par contre durant les premiers mois elle *ne reconnaissait pas sa mère* qui venait aux visites deux fois par semaine accompagnée de l'un ou l'autre de ses enfants.

De ces visites familiales, A. n'a retenu que... les provisions.

Jamais au cours de son délire elle n'appela son fiancé ou demanda à le voir.

Au bout de six mois son agitation décroît, elle reconnaît les siens (39) et s'intéresse à ses voisines, à une « vieille dame que sa fille faisait boire comme une enfant »... à une autre, « dont l'état était pire que le sien, qui chantait, qui n'était pas gênée avec son mari même devant tout le monde » ; elle se souvient des visites de ce dernier qui apportait toujours des poires. « Une fois j'ai même eu le toupet d'en prendre une dans sa poche sans qu'il le voit, histoire de chiper : je devais être un peu comme une petite bête, comme un chat content d'avoir fait une farce », parfois elle revoyait le mari en question dans ses rêves avec une tête d'ours féroce qui grognait et qui tournait sous des fenêtres autour d'un mur.

Peut-être le cardiazol avait-il été pour quelque chose dans la légère cédation de l'excitation psychique ? Mais il fallut attendre l'électro-choc pour assister chez elle à un revirement psychologique.

« Après la première séance c'est comme si je m'étais réveillée d'un rêve fantastique ; quand j'ai revu la salle des malades tout avait changé, tout me paraissait sale, triste et vide, la voisine disait à ma mère « pauvre petite il vau-

---

(39) Au premier rang desquels son beau-frère de province qu'elle n'avait pas vu depuis deux ans : elle s'écrie en le revoyant : « oh ! fruit-vert ! » (surnom qu'il lui donnait quand elle avait treize ans).

drait mieux qu'elle soit morte ». Après la 3e séance, on m'a changée de lit et j'ai commencé à *m'ennuyer*. Après la 4e séance j'ai revu F., je l'ai très bien reconnu, je lui ai parlé normalement, ça allait mieux, je ne pensais plus qu'à sortir ». Il est important de souligner que c'est précisément le réveil de la crise et non la crise elle-même qui laisse dans son souvenir l'impression la plus pénible, en sorte qu'elle put écrire à sa mère quatre ans plus tard lorsqu'elle apprit la maladie de son frère : « Ne t'inquiète pas, maman, ce n'est pas lui qui est à plaindre c'est toi, je sais ce que c'est moi » (40).

Cette reconstitution de l'histoire interne de sa maladie en dehors de son intérêt théorique (sur lequel nous reviendrons) amena pour l'ancienne malade un soulagement et des éclaircissements dont elle nous sut fort gré. En effet, cela jetait une lueur dans son esprit sur les relations entre l'explosion de sa personnalité de jeune adolescente et les conditions déficientes de la vie antérieure.

Son tempérament fragilisé par l'atmosphère de guerre l'effervescence du bureau et l'à-coup du bombardement d'avril) offrait une résistance moindre au traumatisme moral que lui causa l'opposition de sa mère au projet de son cœur.

D'autre part cette vérité admise par la mère elle-même conduisit celle-ci à plus de prudence et à un respect plus grand de l'autonomie de celle qu'elle appelait volontiers jusqu'à ces derniers temps « sa douce entêtée ».

Enfin en rapprochant l'histoire interne de sa maladie de celle de son frère dont nous lui avons fait part (comme au

---

(40) Ceci nous rappelle le mot d'un homme cultivé au réveil d'une crise d'hypomanie : « que voulez-vous, normalement nous portons laborieusement nos désirs et là brusquement ce sont nos désirs qui nous portent ».

reste de la famille) nous avons fait tomber de soi-même le voile d'intouchabilité qui entourait ce nouveau cas d'aliénation dans la famille (41) de sorte que le revoir de la sœur et du frère convalescent en fut tout simplifié.

Ajoutons pour compléter cette seconde observation que les 6 séances d'électro-choc entraînèrent chez elle des troubles de la mémoire importants qui la gênèrent durant les premiers mois de son nouveau travail (42) mais qui se sont atténués progressivement par la suite.

D'autre part un facteur d'équilibre capital est intervenu dans l'année qui suivit la terminaison de la crise : elle eut de F. un fils, mais ne put épouser ce garçon qui trouva la mort en déportation en 1943.

---

(41) Qu'on voulait cacher à A.

(42) Beaucoup moins pénible : elle fut vendeuse dans une fabrique de jouets, puis dans une boutique d'horlogerie.

## DISCUSSION

Nous l'ouvrons sur *le triple* point de vue :
— clinique ;
— étiologique ;
— thérapeutique.

I) Du point de vue clinique :

Nos deux observations ne présentent aucune particularité saisissante. La première celle de Pierre, pourrait depuis Chaslin être rangée comme *confusion mentale idiopathique cliniquement primitive, avec manifestations oniriques :* cette dénomination classique ayant l'avantage de la distinguer d'une part d'une hébéphrénie débutante, d'autre part des confusions mentales dites symptomatiques et nettement secondaires.

S'il est facile de constater qu'il ne s'agit ici ni de délire aigu (étant donné l'absence de fièvre) ni de confusion secondaire à une intoxication exogène manifeste, la discrimination d'avec les premières manifestations d'une « démence précoce » est beaucoup moins aisée ; les allusions dans les deux premiers certificats à une possibilité de schizophrénie en font foi.

A ce propos on court facilement le risque aujourd'hui d'abuser du terme de schizophrénie pour qualifier un état

mental qui laisse des doutes ; car ou bien le terme pêche par imprécision, s'il ne vise qu'une certaine tendance du malade à la dissociation (et à ce sujet on a trop vite fait de parler de discordances affectives sans avoir fouillé attentivement les mobiles sous-jacents) ou bien, il pèche par témérité s'il implique la notion de démence précoce. A-t-on le droit, en effet, dès le premier examen et lors d'une première atteinte de laisser peser sur le malade l'ombre d'un tel pronostic ? Pourquoi à l'inverse ne pas toujours faire bénéficier celui-ci d'un doute qui laisse ouvertes toutes les possibilités thérapeutiques ?

Pour notre part, à aucun moment de l'évolution nous n'avons eu l'occasion de relever chez notre malade des attitudes discordantes, des réponses à côté, ou des gestes stéréotypés qui eussent comme dans certaines formes dégradées de confusion mentale (1) teinté le tableau clinique d'une note démentielle. Toutefois il est bon de se souvenir avec quel effort en 1893 Chaslin essaya de rassembler sous le même terme les trente-sept synonymes, dont il se plait sans ironie à nous donner la liste, chargés de recouvrir un syndrome commun ! D'autre part on sait qu'une confusion simple peut se prolonger, se modifier et servir de prélude surtout à cet âge à une démence précoce authentique. C'est pour cette raison qu'il nous a paru sage de nous en tenir chez Pierre à l'entité clinique indiscutable de *syndrome confuso-onirique* sans rien présumer de l'évolution et chez Agnès, à celle de *syndrome délirant avec onirisme, agitation et désir d'expansion.* Mais cette délimitation nosologique doit rester à son rang de simple commodité et s'effacer derrière la véritable question :

Deux adolescents dans la même famille à quatre ans

(1) Baruk.

d'intervalle perdent le contrôle de leur esprit. Quelle attitude à leur égard le médecin devait-il adopter ? Etait-il à même de jeter quelques lueurs sur le pourquoi de ces pénibles événements ? Par son intervention pouvait-il en modifier le cours ?

II) Du point de vue étiologique :

les accidents présentés par nos deux malades soulèvent des questions de première importance.

Si avec les auteurs nous pouvons admettre qu'il n'existe pas de confusion mentale sans cause et même sans cause acquise, il nous reste à nous prononcer sur cette dernière.

Dans le premier cas qui nous intéresse aucune des causes habituelles infectieuses (2) ou toxiques (3) ne peuvent être évoquées comme point de départ du syndrome confusionnel.

En restant proche de l'hypothèse biologique la plus vraisemblable et la plus généralement admise depuis Kraepelin on est en droit d'incriminer une *auto-intoxication*. Le problème dans ce cas revient à préciser la nature de cette auto-intoxication. Chez P. les explorations viscérales (gastro-intestinale, hépathique, cardiaque, rénale) et endocriniennes ne décèlent aucune anomalie notoire et leur négativité même nous amène à une impasse.

C'est ce fait qui nous a conduit à aborder la question par son autre pôle à savoir son pôle psychologique.

De ce point de vue la maladie de Pierre nous apparaît non pas comme un événement forfuit et accidentel mais comme la *résultante* de multiples facteurs favorisants, ac-

(2) Toute l'évolution fut apyrétique.
(3) Exogènes.

cumulés depuis la conception de l'enfant, et liés beaucoup plus au *terrain* sur lequel s'édifia le désordre mental qu'aux minimes causes occasionnelles qui présidèrent à son déclanchement.

Ce sont ces facteurs, les uns inévitables, les autres sinon évitables, tout au moins *modifiables* que nous voudrions cerner en insistant tout spécialement sur ces derniers.

1) Dans la *prédisposition du terrain* ici flagrante il convient de faire la part de l'appoint congénital et des données acquises.

*a*) En ce qui concerne *l'appoint congénital* nous distinguons :

— les *données immuables*, obéissant aux lois de la génétique ;

— des *données variables* (modifiables dans la faible mesure où les parents choisissent la venue de leur enfant et plus précisément le moment de cette venue). Ces dernières résident dans l'état somatique et psychique des parents au moment de la conception et dans les conditions (tant physiologiques que psychologiques) de la gestation.

Déjà nous trouvons dans la famille de Pierre des éléments à l'appui de ces propositions puisque parmi les neuf enfants vivants examinés par nous la vigueur de constitution va en décroissant des ainés aux derniers (parallèlement au déclin somatique du père). P. étant le seul à présenter d'importants stigmates dégénératifs. D'autre part nous avons vu l'état de dépression de la mère durant la gestation de Pierre et son albuminerie négligée durant celle d'Agnès. Nous savons enfin que ni l'un ni l'autre des enfants ne furent des enfants désirés.

Si nous attachons une certaine importance aux constatations de cet ordre cela tient au fait que nous les avons

pu faire sur une échelle plus vaste lors de nos dix-huit mois de travail dans le service des enfants anormaux de Perray-Vaucluse, sous la bienveillante autorité de notre Maître le Docteur M. Brissot. Ainsi une enquête (parfois fort délicate) faite systématiquement chez les parents des enfants présentant des signes de dégénérescence, nous a donné, sur un total de 350 familles, une proportion de 95 % d'enfants non désirés — le fait donne à réfléchir. D'autre part dans de multiples cas (en particulier dans la curieuse observation de deux microcéphales nés de la même mère à un an d'intervalle dans des conditions psychologiques comparables et les deux fois pitoyables) nous avons pu nous poser la question d'un rapport entre l'insuffisance de développement (en particulier ectodermique et neuronal) du fœtus et certaines perturbations psychologiques au cours de la grossesse. Mais ces faits nous écarteraient de notre obervation et chez Pierre comme chez Agnès ce sont essentiellement :

*b*) Les *données acquises* qui conditionnaient le terrain et préparaient la voie à l'irruption d'une réaction mentale pathologique.

Ces données acquises sont différentes, à notre avis, chez le frère et chez la sœur.

Chez P. le principal facteur acquis prédisposant nous semble avoir été la *masturbation :* mais celle-ci n'apparaît chez lui que comme une *conséquence* de la mésinfluence familiale (gâterie de la mère, lacune de toute éducation sexuelle ou autre) et comme une réplique inconsciente à son complexe d'infériorité.

On sait combien les auteurs anglo-saxons et Wille en particulier ont insisté sur la fréquence de la masturbation au cours de la confusion mentale, mais nulle part on ne trouve suggérée la façon dont elle peut entrer en jeu.

Rien n'est encore moins clair. Cependant on comprend chez notre malade que cette masturbation précoce qui débuta bien avant la puberté (dès l'âge de huit ans et demi), et n'alla qu'en s'aggravant pour devenir ces derniers temps pluriquotidienne, s'accompagnant presque toujours d'éjaculation), ait entraîné peu à peu une baisse de son potentiel nerveux (4). Nous sommes tentés de mettre également sur son compte dans la période prodromique la nonchalance extrême du malade frisant l'aboulie et certains moments d'hébétude succédant à cette excitation sexuelle incontrôlée (5).

Un second facteur prédisposant chez P. au désordre psychique fut sa fréquentation intempestive du cinéma, fournissant à une conscience déjà amoindrie un afflux d'impressions totalement *inassimilables* (6) jouant en quelque sorte dans l'inconscient un rôle de corps étranger et s'avérant à l'état de veille comme dans ses rêves, génératrices d'angoisse.

Enfin citons chez P. au rang des facteurs acquis (rendant le terrain plus vulnérable) la carence de toute affection profonde (7).

Chez Agnès le problème de la prédisposition acquise nous semble moins complexe. Chez elle pas de masturbation, pas d'oisiveté, une certaine surcharge de romans et de spectacles non assimilés mais bien moins marquée que chez son frère.

Seulement trois mois avant l'accident une période d'épuisement à la fois psychique et somatique favorisée par

---

(4) Et peut-être une moindre résistance de certaines cellules cérébrales.
(5) Durant lesquels au dire de sa mère « il avait un regard tout chose ».
(6) Qu'il devait « régurgiter » au cours de son délire.
(7) Son attachement à sa mère cachait bien moins la tendresse qu'un besoin de protection.

une sous-alimentation et déclanchée nettement par le choc émotionnel mal dominé (à type d' « angoisse rentrée »), éprouvé lors du bombardement d'avril.

*Quant aux causes occasionnelles déclanchantes,* elles peuvent être rapprochées chez le frère et la sœur puisque dans les deux cas elles prirent la forme d'événement moral, de blessure intime à forte résonnance émotionnelle dont l'aboutissement commun fut une véritable insurrection de l'inconscient contre l'entourage.

Mais ce mobile affectif se présente suivant des modalités très différentes chez l'un et chez l'autre.

Sur le terrain sensibilisé de Pierre, ce sont de petites blessures de susceptibilité non assimilées qui par leur sommation devraient entraîner — passé un certain seuil — son délire de revanche et de supériorité (prélude de son état confus).

Sur le terrain affaibli d'Agnès c'est au contraire un choc moral précis : la scène de sa mère faisant obstacle à son amour qui provoque l'explosion des exigences de son moi. Comme elle nous le dit elle-même : « A partir de ce moment là tout est parti à la dérive ».

Après avoir ainsi démonté le mécanisme psychologique nous pouvons conclure dans l'un et l'autre cas à la *nature réactionnelle de la maladie.* Mais cela nous conduit-il à une *hypothèse pathogénique* plausible ?

« Nous ne savons pas, nous dit Chaslin, s'il y a (quoique cela soit probable) intoxication pour les confusions qui sont consécutives aux lentes détériorations de l'organisme, aux traumatismes moraux » (8).

L'observation de P. nous incline intuitivement dans le sens de cette probabilité. Il ne peut s'agir évidemment ici

---

(8) Page 226.

que d'auto-intoxication et nous revenons alors au problème de la nature de cette dernière.

Depuis le temps où Séglas contestait à Serbski le droit de distinguer autant de formes de confusion que de ptomaïnes responsables, cette question reste entièrement ouverte à la biochimie.

De toute façon tant que demeure ignorée la nature et le mode d'action exactes du poison perturbateur il vaut mieux lui laisser sa place de chaînon intermédiaire — ce qui n'empêche pas, en le prenant pour inconnu, de l'introduire dans l'équation de la maladie.

Si l'on tient compte chez P. du fait que les signes cliniques se sont succédés dans l'ordre suivant : — délire, dissociation des synthèses mentales, obnubilation de la conscience, onirisme, réveil de la conscience, retour progressif des synthèses mentales, restitutio ad integrum — rien n'empêche de supposer qu'un poison soit entré en jeu durant toute la durée (9) des phénomènes confusionnels. Mais l'important à nos yeux tient au fait que d'une part sa mise en circulation, d'autre part sa neutralisation restèrent sous l'unique dépendance de facteurs psychologiques ou émotionnels.

Bref, de ces considérations étio-pathogéniques *il résulte* que le praticien pourra — ne serait-ce que dans quelques cas privilégiés — tenir les deux bouts de la chaîne du conflit mental en recherchant d'une part (dans les cas de confusion idiopathique d'étiologie imprécise) une psychogénèse à la source de l'auto-intoxication, d'autre part en ne craignant point d'entamer sans arrière-pensée une psychothérapie dont il verra du même coup s'élargir le champ d'efficacité.

---

(9) Conformément à l'opinion de Régis.

III) Discussion thérapeutique :

nous légitimerons notre conduite après un court

*Aperçu historique.*

La psychothérapie dans la confusion mentale primitive, si elle peut apparaître aujourd'hui comme une tentative audacieuse, n'est pas chose nouvelle.

Déjà A. Sauze en 1852 dans sa thèse inaugurale intitulée « De la stupidité de sa nature psychologique et de son traitement » consacrait un long chapitre au « *traitement moral* » de cette affection.

Il n'est pas inutile d'en rappeler ici les traits principaux : « Profiter des rémissions pour activer sans relâche les opérations cérébrales, interroger ces malades, fixer leur attention... » « A la période de déclin les malades ne semblent pas se rendre compte du changement qui s'est opéré en eux : il faut leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave ».

« A ces malades qui se réveillent il faut expliquer tous les détails, les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire, leur poser de petits problèmes.

« Cet exercice intellectuel répété chaque jour sans interruption en procédant des choses simples aux questions plus difficiles ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première : c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement ».

A ces initiatives thérapeutiques Chaslin et Séglas souscrivirent sans restriction en s'étonnant même qu'on ne leur ait pas accordé jusqu'à eux plus de crédit.

Mais depuis Sauze il ne semble pas qu'aucune précision nouvelle ait été apportée dans le perfectionnement de ces indications. La vague psychanalytique n'a pas poussé de

pointe définie en cette région de la psychiâtrie que les organicistes auraient tendance à s'approprier complètement.

Les efforts les plus récents concernant le traitement de la confusion mentale ont résidé dans les thérapeutiques de choc qui donnent des résultats saisissants, (surtout dans les formes aiguës hyperthermiques et hyperazotémiques) mais résultats dont la durée demeure subordonnée à l'étiologie du syndrome. C'est en effet *l'étiologie* du syndrome confusion qui représente à notre avis le nœud des

*Indications thérapeutiques.*

Il va de soi que nous n'avons pu découvrir chez Pierre aucune aggression organique extérieure qu'elle fût d'ordre traumatisme, infectieux (rappelons ici l'absence de fièvre et la négativité de la sérologie), ou toxique.

A ce propos il est intéressant de noter que Pierre avant sa maladie supportait mal le tabac (qui occasionnait de la céphalée) et l'alcool (un verre de vin suffisait pour l'étourdir). Cependant on ne peut guère incriminer les deux verres de vin pris chez sa sœur aînée au début de la période délirante comme responsables de la note confusionnelle apparue par la suite.

Ainsi, c'est de l'absence même de toute étiologie organique patente, que pouvait naître l'hypothèse de la psychogénèse du syndrome et que s'ouvrait en même temps la possibilité d'une cure psychologique.

Toutefois nous ne pouvons pas assurer que nous nous serions engagé dans cette voie — ou tout au moins avec autant de conviction — sans l'encouragement de multiples cas antérieurs ayant bénéficié contre toute attente des seules ressources de la psychothérapie (10).

---

(10) Sujets de moins de 30 ans traités au cours d'un premier accident mental et suivis pendant un minimum de 2 ans après leur guérison.

A la lumière de ces quelques essais et de leurs récents résultats nous serions tenté *devant toute première atteinte mentale chez un adolescent* de *postuler* — à moins d'un fondement organique manifeste — la *curabilité* du cas et de ne jamais renoncer (après une exploration psychologique approfondie et une étude des incidences familiales et affectives) à entamer une cure psychique.

Ce postulat voisine celui posé par Freud en faveur de la psychogénèse des névroses, à l'origine de ses recherches psychanalytiques, mais ici il doit être pris dans un sens plus dynamique puisque c'est *la curabilité même du syndrome* ou sa résistance à l'intervention psychologique *qui décidera de sa nature*. Si cette règle déjà aujourd'hui risque d'être admise sans difficulté en ce qui concerne les névroses et les manifestations psycho-somatiques il y avait un pas de plus à franchir pour l'étendre au cas présent, c'est-à-dire à une confusion mentale — fut-elle idiopathique et cliniquement primitive —. Les faits semblent nous avoir donné raison, mais il est nécessaire d'exposer ici brièvement les arguments aptes à justifier le principe même de notre conduite et les trois temps du traitement. Chez Pierre, devant ce syndrome confuso-onirique sans fièvre, légèrement atypique avec profond sentiment de dépersonnalisation et défaillance apparemment complète de l'affectivité, qu'étions-nous en droit d'attendre d'une *évolution spontanée ?*

Son état incompatible avec la vie familiale avait nécessité l'internement. Devait-on borner là les mesures à prendre, limiter les conséquences de son agitation et de ses manifestations érotiques par la contention et les barbituriques, puis attendre chez lui — peut-être huit mois comme chez sa sœur — une guérison problématique ? ou bien au contraire pouvait-on mettre à profit cette phase de dé-

but (où n'existe selon toute vraisemblance aucune lésion anatomique irréversible) pour essayer de briser le cercle vicieux du délire en voie de constitution ? L'allure clinique, les changements opérés dans son comportement à chacune de nos interventions, la tendance à la rechute lors de l'interruption du traitement étaient autant de faits qui nous incitaient à poursuivre nos efforts dans ce sens. La psychothérapie d'ailleurs sans présenter ici les dangers courus de certaines névroses (où des maladresses psychologiques peuvent compromettre la curabilité ultérieure) risquait tout au plus de demeurer insuffisante ou inefficace. Or, à l'inverse, la régression des troubles suivit une marche en parfaite corrélation avec les étapes de la cure psychologique dont le mode fut *dessiné* en quelque sorte *en négatif* (11) par l'attitude du malade et ses réactions successives.

*La première étape*

posait le grave problème suivant : Existait-il un moyen de créer un contact psychologique profond (sans lequel aucune cure n'est envisageable) avec ce malade absent, désorienté, et confus, auprès duquel il fallait tant de peine pour arracher la moindre réponse du fond de sa conscience obnubilée ?

Garder une attitude passive était de la part du médecin un non-sens. Pour rejoindre cette conscience que nous n'avons jamais supposée dissoute mais seulement enfouie derrière une « brume mentale réactionnelle », c'était au médecin de se frayer une voie et de faire les frais du cheminement dont le malade se révélait incapable. C'est la rai-

(11) Comme dans nos autres observations.

son pour laquelle nous avons qualifié cette première étape de *phase d'attaque* car elle suppose entre le médecin et le malade une véritable « partie » engagée dont l'enjeu est précisément le « contact psychologique » recherché. Ici la « brume mentale réactionnelle » que nous avions à traverser pour atteindre notre but se condensait autour de trois motifs principaux : une craintivité immotivée, l'idée délirante de féminisation (d'appartenir au sexe faible), enfin l'invincible tendance à la masturbation (qui se trahissait dès le premier dessin). Ici la logique aurait voulu qu'en rassurant notre malade, en lui affirmant (avec toutes sortes de preuves à l'appui) qu'il était bien un garçon, en lui recommandant énergiquement de ne plus se masturber, nous parvenions à modifier sa situation. Mais vis-à-vis de ces sujets toute suggestion demeure lettre morte à moins qu'elle ne porte avec elle une certaine charge émotionnelle. C'est en cela sans doute qu'on peut expliquer la fortune du psychodrama de Moreno. C'est en tout cas cette vérité qui nous poussa à entamer avec P. les conversations que nous avons consignées et que nous engagions avec le maximum de mordant et de mise en scène. Il importe en effet pour le médecin de jouer (puisque les circonstances l'y obligent) tout en ne jouant pas (c'est-à-dire en prenant tout à fait au sérieux ici son rôle de personnage actif). Nous pouvons même dire que *la suggestion ne porte pas sur un malade dans la mesure ou celui-ci croit ce que dit le médecin, mais dans la mesure où le médecin croit ce qu'il dit à son malade.* Ainsi c'est tout à fait sérieusement que nous proposions à P. à la fin de la première séance une « nouvelle intervention » seule capable de rectifier la nature de ses organes génitaux : nous songions alors au recours éventuel à un choc thérapeutique. Et c'est tout à fait forfuitement en poursuivant notre psycho-drame toujours dans le même esprit que

nous avons été conduit à expérimenter les heureux effets chez P. d'un *simple choc émotionnel* à la faveur duquel le « contact » s'établit.

Il n'est pas inutile de rappeler ici les circonstances exceptionnellement heureuses de ce choc puisqu'elles touchaient à la fois aux trois cercles vicieux dont P. était victime : à sa masturbation (puisque l'enfant qui fut l'objet d'une réprimande publique était celui qui avait encouragé P. malgré notre avertissement, à s'exhiber) ; à sa craintivité (car P. au début pensait être puni et c'est le soulagement d'une juste sanction non adressée à lui qui lui fut favorable) enfin à sa féminisation (grâce à l'énergie de cette sanction publique dont P. était témoin et à l'issue de laquelle nous pouvions lui dire : « Maintenant, c'est fait, tu es un homme »).

Il est remarquable à propos de ce facteur thymique susceptible d'entrer en jeu pour modifier le cours d'une psychose de voir combien rarement on a songé à l'utiliser dans ce but.

Il est remarquable également que le terme de « choc émotionnel » évoque spontanément à l'esprit des « dysthymies », des événements traumatisant psychiquement et générateurs d'angoisse, sans laisser une part égale aux « euthymies » c'est-à-dire aux chocs provoqués par un événement heureux. C'est sans doute qu'il est plus aisé dans un laboratoire de psychologie (comme dans celui de James) de faire surgir à l'improviste un serpent boa pour observer les réactions de la peur que de provoquer sur commande ces chocs émotifs favorables ! Toutefois en clinique nous disposerions de plus d'une occasion si nous savions seulement les saisir (12). Ainsi nous ne serions pas

---

(12) Cf. bibliographie : « choc émotif et guérisons de psychoses » (Desruelles) et...

ennemi de penser que la première rencontre d'Agnès avec son beau-frère (visage dont le souvenir datait de la période heureuse de sa vie à la campagne) joua un certain rôle dans le déclanchement de l'amélioration qui suivit et mit fin à une note confusionnelle transitoirement surajoutée.

Bien entendu il nous semble impossible de codifier ces réussites où l'on reconnaît la grande part de contingence liée d'un côté aux circonstances sociales et d'un autre à l'intuition du médecin.

Aussi on comprend qu'il soit plus commode lorsqu'on recherche, en vue de provoquer une brèche dans la conscience troublée du confus, un moyen capable d'être érigé en règle générale, de songer à l'électro-choc.

Ici personne ne peut contester les effets immédiats et constants de l'électro-choc sur le tableau clinique. A ce sujet les observations tant françaises qu'américaines ne manquent pas et son influence décisive dans le cas d'Agnès ne peut être rejetée. Mais si nous nous en tenons aux observations publiées en 1945 sur « l'électro-choc dans les différentes formes cliniques de la confusion mentale » (13) nous remarquons que les résultats les plus heureux concernent les délires aigus et les formes dont l'étiologie acquise apparaît franchement. Au contraire, dans certaines formes d'étiologie inconnue (celles qui seraient susceptibles de cacher une énigme psychologique) l'électro-choc n'entrave pas l'organisation ou surtout la récidive de troubles mentaux.

D'autre part, sans entrer dans la controverse de l'inocuité de l'électro-choc que nous laissons à de plus compétents que nous, nous pouvons assurer que le choc émotionnel favorable dans un cas de confusion mentale présente tout au moins l'avantage du moindre risque.

---

(13) MM. J. Delay — J. Maillard : *An. Médico-psychol.*, 28 mai 45.

Enfin cette solution servait mieux qu'aucune autre notre dessein d'éclairer exactement le malade guéri sur toutes les circonstances ayant présidé à l'installation comme au déclin de sa maladie.

Ceci nous conduit à la discussion de la *seconde étape* du traitement ou « *phase analytique* » (telle que nous l'avons dénommée de préférence à « phase psychanalytique » afin d'éviter toute confusion).

En effet, si l'analyse des signes psychologiques prémonitoires des manifestations morbides objective chez notre malade l'existence de complexes dont l'interprétation rejoindrait plus facilement une conception adlérienne qu'une conception freudienne nous ne pouvons pas dire que notre conduite fut inspirée directement par l'une ou l'autre de ces théories.

Tout en niant la possibilité d'entrevoir avec justesse aujourd'hui ce domaine de la génèse des symptômes psychiques sans une culture (voire une expérience) psychanalytique sérieuse nous pensons qu'il n'est pas déloyal d'emprunter à cette science sa technique sans souscrire du fait même à ses interprétations théoriques encore bien divergentes selon les écoles opposées.

En ceci faisons-nous écho sans doute aux tendances les plus récentes de la psychothérapie dont on trouve une expression dans l'opinion émise par le professeur M. Bleuler de Zurich en tête d'une magnifique observation qui aurait pu servir de modèle à la nôtre (14) : « Nous pouvons faire dériver une névrose des problèmes et de l'histoire de la vie d'un sujet, en les analysant d'une manière intelligible et concrète sans nous servir d'aucune hypothèse insolite et contestable. Cette histoire de la maladie doit montrer en

---

(14) La génèse d'une névrose chez un enfant (évolution psychiatrique, sep.-oct. 1947).

outre que la connaissance d'un mobile perceptible d'une névrose nous ouvre des horizons thérapeutiques et prophylactiques jusque là inconnus. Elle doit enfin mettre en relief l'action réciproque qui s'exerce entre le monde extérieur et une personnalité qui se développe ».

Ainsi notre propre observation n'apporte sans doute aucune nouveauté en ce qui concerne les modalités d'une *investigation analytique abrégée et simplifiée* mais son intérêt réside dans le fait qu'une telle méthode a trouvé son application en dehors du domaine classique des névroses, dans un cas de confusion mentale avec délire, c'est-à-dire sur un terrain condamné à l'avance (s'il est vrai de reconnaître que, pour un syndrome, le fait d'être taxé d'organicité revient pour l'incursion du psychologue à être frappée d'interdit).

Mais qu'on ne se méprenne pas sur ce grave sujet. S'il est indéniable que l'investigation psychologique (aidée de la technique analytique et complétée par une enquête familiale approfondie) rendit à notre malade d'immenses services, il faut se hâter d'ajouter qu'elle se serait révélée *tout à fait impraticable* sans le choc préalable qui, en couronnant la phase d'attaque, permit une première synthèse de la personnalité et le retour possible des associations mentales. D'autre part une telle initiative serait demeurée *tout à fait insuffisante* sans l'étape suivante de consolidation des synthèses mentales que nous étudierons plus loin.

Son rôle apparaît donc beaucoup plus circonscrit qu'au cours des névroses. Il ne faut y rechercher ni un intérêt diagnostic ni un pouvoir de modification des symptômes mentaux, mais plutôt l'une des garanties du pronostic d'avenir.

En effet son véritable *intérêt est* d'ordre *subjectif :* il vise à établir par ce que nous avons nommé « l'histoire

interne » de la maladie un lien de continuité dans l'esprit du malade guéri (15), entre les scènes vécues par lui au cours de l'épisode morbide et les troubles latents ou manifestes, conscients ou inconscients, présentés par lui avant sa maladie. Cette histoire interne est avant tout le bien propre du malade lui-même (puisqu'il est le seul à l'avoir vécue) mais il ne saurait en tirer profit sans le secours du médecin.

Ce dernier devra dans certains cas (comme chez P.) faire remémorer des éléments oubliés, dans d'autres cas (comme chez A.) rassembler des éléments dispersés (16) ou ordonner des éléments cahotiques pour en fin de compte les synthétiser et leur donner leur véritable sens.

Notre expérience nous apprend que rien ne soulage plus le malade que de voir le médecin s'adonner à cette tâche délicate avec patience et sympathie.

Enfin dans l'heureux cas où l'on découvre à la base du syndrome pathologique une insurrection de l'inconscient contre l'entourage familial (17) les conséquences subjectives de cette tâche analytique se doublent d'un vif intérêt pratique.

A la lumière de ces quelques précisions nous voyons que le côté strictement analytique de la seconde phase du traitement dont bénéficia Pierre cède le pas là encore à un effort de synthèse que nous nommerons volontiers

*Synthèse d'explication* ou synthèse explicative (mettant en jeu l'intelligence) pour l'opposer aux deux autres étapes synthétiques entre lesquelles elle se trouve chronologique-

---

(15) Comme Agnès, ou en voie de guérison comme Pierre.

(16) Au gré des interrogatoires.

(17) Manifestation commune à A. et à P. mais bruyante et tonique d'un bout à l'autre chez le premier, avortant en quelque sorte chez le second lorsqu'apparait la confusion.

ment située : d'une part la « *synthèse de cristallisation* » qui la précéda (mettant en jeu les facteurs émotionnels et affectifs), d'autre par là « *synthèse de consolidation* » qui la suivit (et qui par échelons successifs faisait appel à la volonté).

Cette *troisième étape* du traitement fera l'objet de notre dernière discussion :

La *méthode* de « rééducation du contrôle cérébral » inaugurée par Roger *Vittoz* il y a moins d'une cinquantaine d'années s'adressait aux névrosés et aux déséquilibrés dont Vittoz, toujours avide de simplification, répartissait les états anormaux sous trois chefs principaux : l'état de surexcitation — l'état de tension — et l'état de torpeur. Ayant nous-même expérimenté avec fruit cette méthode dans de multiples cas nous avons été conduit à lui reconnaître les indications suivantes :

1°) En tout premier lieu les *troubles de l'attention.* Chez
— *les instables* tant physiquement (18) que psychiquement (19),
— les *surmenés* (intellectuellement ou professionnellement),
— les *déprimés anxieux légers,* la méthode *à elle seule* suffit à enrayer complètement les troubles à condition qu'elle soit exercée avec persévérance et selon la stricte observance des principes énoncés par Vittoz.

2°) Au cours des *troubles de la volonté,* chez les grands indécis comme chez les *abouliques* proprement dits.

---

(18) La méthode est venue à bout de certains tics ou trémoussement nerveux chez des enfans suivis à la colonie de Perray-Vaucluse.

(19) Les malades sujets (selon l'expression de Vittoz) au « vagabondage cérébral ».

3°) Enfin *à la convalescence* des psychoses les plus variées cette méthode s'est révélée être l'auxiliaire la plus précieuse en vue de parachever chez ces malades le contrôle de toutes leurs facultés et de multiplier leurs contacts avec le réel.

C'est ainsi que nous avons songé à faire bénéficier Pierre des exercices.

Tout d'ailleurs au cours du syndrome confusionnel nous incitait à recourir à cette méthode. Il suffit de relire le chapitre de psychologie pathologique du traité de Chaslin pour trouver en quelque sorte dans l'énumération des symptômes, depuis les « troubles de l'attention» jusqu'aux « actes pénibles, incomplets, maladroits », toutes les lacunes que les exercices de rééducation s'efforcent de combler ; la plus importante de ces lacunes résidant sans conteste dans les *troubles de la perception* puisque chez le confus, comme le dit Chaslin, « la sensation n'éveille plus les images qu'elle devrait éveiller afin de donner la notion exacte de l'objet » (20).

On pouvait donc être tenté d'utiliser de prime abord les actes conscients chez le sujet obnubilé pour combattre à sa racine même le symptôme prépondérant. Mais les résultats saisissants obtenus chez les névrosés aux perceptions insuffisantes (21) seraient ici attendus en vain.

En effet il semble bien qu'à ce premier stade on ne puisse pénétrer que *par effraction* jusqu'à la conscience enfouie.

Ce n'est que la brèche une fois faite et la bonne volonté du malade acquise que les sensations simples vont pouvoir accéder au cortex en y formant des images de plus en plus vives et de plus en plus conscientes.

---

(20) De la confusion mentale primitive, p. 148.

(21) Ces sujets qui selon le mot de Vittoz « regardent sans voir ou écoutent sans entendre ».

La voie est alors ouverte à un contrôle des diverses opérations mentales en allant des plus simples aux plus complexes.

Ainsi les conseils de Sauze (réservés sagement par lui à la période de déclin de la confusion mentale) se trouvent à la fois confirmés et dépassés.

Nous possédons là en effet une méthode rationnelle permettant d'ordonner électivement les efforts du malade, de suivre objectivement ces efforts et de les diriger efficacement jusqu'à restitution complète des synthèses mentales.

Il ne faut donc pas hésiter à y recourir tant en vue *d'accélérer la marche de la convalescence* que pour *améliorer la qualité de la guérison.*

L'habitude des exercices en effet ne laissera pas le sujet démuni ultérieurement au cas où son contrôle cérébral serait à nouveau menacé. C'est pourquoi nous avons donné à cette dernière étape rééducative le nom de synthèse de consolidation.

En décrivant les exercices indiqués par Vittoz dont nous avons étendu l'application à la convalescence d'une confusion mentale, nous n'avons pu (comme nous l'annoncions au départ) rendre qu'une idée bien imparfaite de la méthode tout entière et surtout de son éminent inspirateur.

Nous nous acquitterons envers lui d'une juste dette en disant que la rééducation entreprise par lui commençait avec la méthode mais ne finissait pas avec elle. Pour ce dernier un malade guéri n'était jamais un malade classé, c'était un homme laborieusement réédifié et unifié qu'il fallait engager droitement dans les difficultés de la vie.

Aussi souhaitons-nous que les héritiers de sa méthode fussent en même temps les garants de son esprit.

## EN CONCLUSION

Notre double observation nous conduit aux *déductions thérapeutiques suivantes :*

1°) On n'aura jamais à se repentir, en l'absence de cause organique patente (infectieuse, tumorale ou toxique) lors d'une première atteinte mentale — même s'il s'agit d'un syndrome confusionnel — d'entreprendre une psychothérapie.

2°) Mais cette dernière si elle veut dépasser en substance et en efficacité l'improvisation du psychothérapeute doit obéir à certains *principes généraux* dont les plus importants nous paraissent les suivants :

a) S'adresser toujours à l'homme caché derrière le malade (ceci en dépit des apparences les plus rebutantes) et maintenir cette attitude d'un bout à l'autre du traitement.

b) Faire bénéficier tout malade mental du préjugé favorable que sa maladie est peut-être d'ordre réactionnel aux conflits latents de sa vie psychique antérieure. Le rôle du médecin étant dans ce cas d'acheminer cette « maladie-réaction » vers son heureux dénouement.

c) Pour réussir complètement ce travail le médecin — quel qu'ait été le tableau clinique apprécié objectivement sur ses certificats — ne négligera jamais *le point de vue subjectif* d'après lequel les faits mentaux pourraient appa-

raître coordonnés et synthétisés aux yeux du malade lui-même : cet ensemble constituant ce que nous avons nommé *l'histoire interne de la maladie*, dont la qualité aura pour critère : d'être reconnue exacte et foncièrement bienfaisante par le malade guéri.

d) Les règles particulières de la conduite psychothérapique sont en quelque sorte *modelées en négatif* sur les réactions du malade aux initiatives du médecin faites en vue d'établir avec lui un contact profond — aussi sont-elles imprévisibles — et variables avec chaque malade envisagé.

3°) Sans vouloir les ériger en règle absolue nous soumettons ici les trois étapes par lesquelles nous sommes passé pour aider notre malade à tirer profit de sa maladie, pensant qu'elles pourront servir de charpente indicatrice à ceux qui jugeraient à propos dans de nouveaux cas de *confusion mentale idiopathique* de s'inspirer de nos méthodes.

4°) *Durant la première étape ou phase d'attaque* l'objectif visé est l'entrée en contact avec le malade. Aussi l'interrogatoire doit-il prendre la forme d'un dialogue actif où le médecin cherche une faille sans craindre de recourir au besoin au psychodrame. Mais un choc nous paraît nécessaire pour bien amorcer cette phase d'attaque. Or il nous a suffit dans l'observation présente - comme dans bien d'autres cas — d'un *choc émotionnel heureux* pour voir se déclancher le réveil du malade. C'est faute de pouvoir provoquer cette éventualité souhaitable après laquelle il faut savoir patienter longtemps que pourrait se discuter l'opportunité d'un autre mode de choc thérapeutique.

5) *Durant la seconde étape ou phase analytique* du traitement le but recherché est la reconstitution de *l'histoire interne* de la maladie. Pour réaliser ce laborieux ouvrage le médecin usera largement de la technique associative sans

se perdre toutefois dans les sentiers dangereux d'un symbolisme outrancier. Il colligera d'un côté les événements psychologiques empruntés à la vie passée du malade (en s'attardant spécialement à l'exploration des périodes de première enfance, de la puberté, et de la phase prodromique de la maladie et en confirmant les faits par une enquête familiale) d'un autre côté les éléments empruntés à la période morbide elle-même (en puisant aussi bien aux sources du délire et de l'orinisme qu'à celle des épanchements conscients des moments intercalaires) en s'attachant toujours à suivre du plus près possible la trame subjective vécue par le sujet.

Ainsi le praticien sera-t-il parfois en mesure de découvrir un lien de continuité entre ces éléments, lui permettant de faire une synthèse dont le malade — et plus qu'aucun autre le confus — ne saurait faire lui-même les frais.

6°) *Lors de la troisième étape ou phase de synthèse et de reconstruction* le confus trouvera à la fois dans le médecin (désormais silencieux) le guide dont il a besoin et dans la méthode rééducative préconisée par R. Vittoz le moyen d'entrer pas à pas en pleine possession de son contrôle cérébral.

Les exercices de cette technique graduellement ordonnés acheminent dans un premier temps des données sensorielles et cénesthésiques élémentaires à la conscience puis dans un second temps de la conscience à la concentration de l'attention et aux actes de volonté. Leur contrôle séméiologique nous paraît encore fort subtile mais extrêmement précieux. Pour obtenir un rendement optimum, on aura soin de ne jamais trop prolonger la durée des séances de psychothérapie avec un malade dont on connaît la fatigabilité. Par ailleurs on s'efforcera (et cela dès le début de la cure psychique) de toujours respecter le rythme propre de

ses réponses et de sa pensée. Enfin on conseillera au malade de recourir ultérieurement aux exercices en cas de fléchissement de son contrôle tout en lui précisant sur lesquels il convient d'insister. (Chez Pierre les plus importants nous paraissent ceux qui lui permirent de venir à bout de sa tendance à la masturbation).

7°) *A titre adjuvant* on recommandera également au cours de la confusion mentale primitive :

— les douches froides (à la phase de choc) ;

— les exercices de gymnastique et de respiration profonde et rythmée ;

— une bonne aération de la salle en évitant le surchauffement surtout lors des séances curatives ;

— une désinfection buccale et gastro-intestinale ;

— une nourriture saine, sobre, consistante et variée (vitamines, légumes, lait et fruits), aliments favorisants la diurèse ;

— enfin le lever précoce et la reprise hâtive d'une vie de relation dès l'aboutissement de la phase d'attaque.

8°) Le problème de l'orientation de tout malade guéri en particulier d'un adolescent ne s'arrête pas à sa sortie de l'hospice.

Il s'agit non seulement d'abolir au sein de la famille intéressée l'atmosphère de terreur panique qui accompagne habituellement (surtout dans les milieux cultivés) un cas d'aliénation mentale, mais dans les cas fortunés où l'on a pu assister — tout en y contribuant dans une modeste part — à la « *désaliénation* » du malade, se servir de cette crise de ce signe d'alarme représenté par la maladie elle-même comme d'un levier moral seul capable de porter atteinte à certaines vieilles habitudes erronées du passé.

9°) Dans le cas qui nous intéresse la solution la plus ra-

dicale pour favoriser ces perspectives était un changement de milieu : éloigner pour un temps le garçon de Paris et de sa famille et lui trouver une orientation professionnelle adéquate. Ici nous fourmillons de tests et bénéficions des belles indications de la morphophysiognomie mais le problème se heurte — en France — aux difficultés d'ordre social.

10°) Le médecin aura donc encore à supporter de voir se délimiter plus humblement le champ de ses espoirs. Toutefois en ayant donné tout son effort au service de la personne humaine de son malade, menacée dans ses fondements mêmes, il verra quelquefois sous ses yeux une énergie perdue devenir utilisable et il se convaincra qu'en matière d'aliénation mentale un malade guéri et « désaliéné » a peut-être plus de prix que dix malades améliorés gardant au fond d'eux-mêmes la conviction qu'ils sont rangés au ban de la société.

Nous pensons qu'aucun de ceux-ci ou de ceux-là ne se lèverait pour nous contredire.

---

*Vu : le Doyen de la Faculté,*
Léon BINET.

*Vu : le Président de thèse,*
Jean DELAY.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie de Paris*
CABANNES.

# BIBLIOGRAPHIE


ADLER (A.). — Le tempérament nerveux, 1926 (P. U. F.).

BAILLIF et TARATA. — Psychose confuse chez plusieurs membres d'une famille. *Bull. de la Société roumaine de neur. psych. et endocrin.*, 1933, XIV, n°s 1 et 3.

BARUK. — Les formes dégradées de la confusion mentale. *Bull. méd.*, 13 janv. 1934.

BLEULER (M.). — La genèse d'une névrose chez un enfant (évolution psychiatrique III), sept.-oct. 47.

CHASLIN (Ph.). — De la confusion mentale primitive.

CORMAN. — Visages et caractères, 1932.

DELAY (J.). — Les dérèglements de l'humeur, 1946.

DELAY (J.), MAILLARD (J.). — L'électro-choc dans les différentes formes cliniques de la confusion mentale. *Société médico-psychol.*, 28 mai 45.

DESRUELLES (M.), MASSOT (J.-L.), GARDIEN (P.). — Choc émotif et guérison de psychoses. *An. Méd.-Psychol.*, 1935, tome I, p. 385.

DIDE et GUIRAUD. — Psychiâtrie du médecin praticien, 1929.

ESQUIROL. — Des maladies mentales, 1838.

FREUD (S.). — Introduction à la psychanalyse.

GILLES. — Sur la valeur curative de la sortie prématurée de certains cas de confusion mentale en traitement dans les asiles. *Congrès Genève-Lausanne*, 1926.

Gravéjal. — Psychose d'épuisement somato-psychique. *Thèse*, Paris, 1940.

Guiraud-Boitelle (G.), Rouault de la Vigne. — Etats confusionnels avec syndrome lenticulaire transitoire. *A. Méd. psychol.*, 1947, T. I, p. 312.

Kraepelin (E.). — Psychiatrische Klinick, 1921.

Mignard, Provost. — Confusion mentale et psychose discordante (hébéphrénie). *Bull. de la Soc. clin. de médecine mentale*, 17-3-1913.

Pinel (Ph.). — Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 1809.

Prunier (André). — Contribution à l'étude de l'auto-intoxication dans la confusion mentale. *Thèse*, Paris, 1908.

Régis. — Congrès de Clermont-Ferrand. *Archives de neurologie*, n° 91, p. 264.

Roubinovitch et Vlavianos. — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale, Tome 118.

Roxo (Henrique). — Traitement de la confusion mentale. *Rev. Sud. Américc.*, février 1933.

Sauze (A.). — De la stupidité de sa nature psychologique et de son traitement. *Thèse*, Paris, 1852.

Séglas (J.). — De la confusion mentale primitive, 1894.

Serbski. — Uber die acuten Formen von Amentia und Parenoïa. 1892.

Toulouse et Puillet. — Confusion mentale à aspect de démence précoce, guérison, valeur des signes d'incurabilité, 1914-1924. *Bull. de la Société de médecine.*

Wille. — Die Lehre der verwirrtheit, 1888. *Arch. f. psych*, XIX.

Le François Paris. C.O.L. 150217. Dépôt légal 4e trimestre 1948. N° 77

L'Imp. de l'Anjou, 21, boul. G.-Dumesnil. Angers. — Dépôt légal 4e trimestre 1948. N° 133